

Metamorfosis 2041

Hacia una CCSS centenaria



Metamorfosis 2041

Hacia una CCSS centenaria



HD7096
C139m

Caja Costarricense de Seguro Social
Metamorfosis 2041: Hacia una CCSS centenaria /
Caja Costarricense de Seguro Social. -- San José,
C. R.: CCSS, 2016.
314 p.; il.; 28 cm.

ISBN: **978-9968-916-62-2**

1. SEGURIDAD SOCIAL. 2. SERVICIOS DE SALUD.
3. SEGURO DE SALUD. 4. COSTA RICA. I. Título.

Revisión filológica: Rebeca Ramírez Hernández

Infografías: Xinia Bustamante Castillo

Dirección editorial: Xinia Bustamante Castillo

Diseño y Artes finales: M. Luisa Garbanzo Alfaro

Impresión: AC Servicios Serigráficos

Primera edición impresa y digital en Costa Rica: noviembre 2016

Dirección de Comunicación Organizacional, Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
2016

www.ccss.sa.cr

Autores por orden de aparición

Guido Miranda Gutiérrez
Enrique Obregón Valverde
Juan Jaramillo Antillón
Carlos Arrea Baixench
María del Rocío Sáenz Madrigal
José Manuel Salas Carrillo
Mario Devandas Brenes
Julio Frenk Mora
Octavio Gómez-Dantés
Rolando Barrantes Muñoz
María Eugenia Villalta Bonilla
Rocío Sánchez Montero
William Vargas González
Luis Rosero Bixby Berkeley
Roy Wong McClure
Karen Vargas López
Olga Arguedas Arguedas
Pablo Sauma Fiatt
Albin Cháves Matamoros
Gina Magnolia Riaño Barón
Jaime Barrantes Espinoza

Fabio Durán Valverde
Dinorah Garro Herrera
Robert Fabricio Picado Mora
Ana Cecilia Rodríguez Allen
Julia Li Vargas
Henriette Raventos Vorst
Javier Contreras Rojas
Gabriela Chavarría Soley
Rodrigo A. Carazo Zeledón
Olga Goldenberg Guevara
Carlos Valerio Monge
Ileana Vargas Umaña
Allan Bejarano Sandoval
Manuel Montillano Vivas
Alexander Barquero Elizondo
Andrés Fernández Ramírez
Gabriela Murillo Jenkins
Bruno Stagno Levy
Mauricio Vargas Fuentes
Ronald Lacayo Monge

ÍNDICE

Presentación	ix
Prólogo	xi

Capítulo 1: La seguridad social. Hacia un nuevo pacto social..... 1

En el 75° aniversario de la CCSS.....	3
Universalización de los seguros sociales en Costa Rica	11
La salud dentro del marco del seguro social ¿cómo obtenerla y conservarla?.....	15
El modelo de atención de la salud requiere un nuevo tipo de profesionales	21
Hacia una CCSS centenaria.....	27
Nuevos paradigmas en las relaciones obrero patronal para la sostenibilidad de la seguridad social	33
El nuevo paradigma en las relaciones Laborales.....	39
Impacto de la globalización en los servicios de salud	51
La economía social solidaria y la economía pública en el nuevo pacto de Estado y social	57

Capítulo 2: Equidad e igualdad en los servicios de salud 61

Respuesta institucional a una población que demanda servicios de salud oportunos y pertinentes	63
Configuración de la prestación servicios de salud en red, centrada en las personas	71
La atención de salud con acceso oportuno, calidad y calidez.....	79
La demografía y la seguridad social en Costa Rica	87
Cambio climático y su impacto en los servicios de salud	93
El acceso a la justicia en relación con la protección del derecho a la salud.....	99
Gestión clínica en la CCSS: desafíos	111

Capítulo 3: sostenibilidad financiera del seguro de salud119

Sostenibilidad financiera del seguro de salud frente a las nuevas modalidades de empleo 121

Medicamentos innovadores y accesibilidad 127

Capítulo 4: Sostenibilidad financiera del régimen de invalidez, vejez y muerte135

Sostenibilidad IVM: El desafío para mantener la salud financiera de los recursos 137

Retos y desafíos en el financiamiento del sistema de pensiones de IVM..... 143

Entendiendo la sostenibilidad de las pensiones IVM de la CCSS: logros y desafíos 151

Capítulo 5: Abastecimiento oportuno de la red de servicios.....165

Aseguramiento de la calidad en la cadena de abastecimiento institucional 167

Capítulo 6: Tecnologías en salud: ¿hacia dónde vamos?173

Nuevas tecnologías de información aplicadas a salud 175

Las innovaciones médicas y la relación de los profesionales de la salud con los pacientes 181

Innovación tecnológica en los servicios de salud..... 189

Sobre el genoma humano, la medicina personalizada y el sistema de seguridad social..... 199

El empoderamiento de la persona usuaria de los servicios de salud 205

Organizaciones inteligentes: aporte a la humanización de los servicios de salud y búsqueda de la equidad. 209

La ruta de atención como herramienta para la reducción de inequidades en cáncer de mama..... 219

Certificados y firma digital: hacia una gestión más eficiente y transparente 235

El Sello electrónico: una herramienta para mejorar la eficiencia 239

Capítulo 7: Arquitectura e infraestructura para la salud de futuro245

Un edificio emblemático, un patrimonio histórico..... 247

Hacia el nuevo hospital sin paredes: el hospital digital..... 255

Sostenibilidad de la arquitectura y humanización espacial
¿Por qué la arquitectura ha de ser sostenible?..... 263

Capítulo 8: Talento humano de la seguridad social271

Creatividad e innovación en la gestión del capital humano..... 273

Formación de recursos humanos y modelo de prestación de servicios..... 277

Resumen biográfico de los autores281

Infografías

Evolución histórica régimen de enfermedad y maternidad (REM) de la CCSS

Un legado exitoso con visión de Estado

Evolución histórica del seguro de pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS),
1947-2016

Evolución histórica de la infraestructura de la Caja Costarricense de Seguro Social

La CCSS está donde la gente la necesita

Presentación

Al revisar la evolución de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) en estos 75 años, reafirmo con certeza que esta noble institución es “democratizante”. Nuestro país no sería el mismo sin la CCSS.

Con aciertos y desaciertos, Costa Rica erigió esta importante institución. La CCSS es un legado de la gran reforma social de los cuarenta y es un pilar de la democracia tica, que ha dado invaluable beneficios a la población usuaria de sus servicios.

Desde la creación de la CCSS, se optó por construir un camino propio, con visión de Estado y de justicia social. Tenemos la impostergable tarea de sentar las bases de una institución centenaria, lo que supone nuevas ideas que nos conduzcan a una metamorfosis en la forma de pensar y de hacer.

Experimentamos cambios vertiginosos en lo político, social, económico, laboral, tecnológico, demográfico y epidemiológico; lo que reta a un mayor esfuerzo de parte del Estado, de los patronos, de los trabajadores y de la sociedad en su conjunto, para asegurar la sostenibilidad y eficiencia de la CCSS.

Esta transformación nos obliga a tener una mirada amplia y abierta; y esta publicación nos ofrece insumos para la reflexión desde las diversas perspectivas que aportan los autores.

Como país, debemos aspirar a una Caja centenaria que siga siendo el centro que cohesiona a trabajadores, empresarios y Estado, en un pacto por la paz social y el derecho a la salud.

Dra. María del Rocío Sáenz Madrigal
Presidenta ejecutiva de la CCSS

Prólogo

75 años dejan una luminosa estela; recoger parte de ese resplandor para iluminar la senda por venir, es el propósito de este esfuerzo que conduce hacia la Caja Costarricense de Seguro Social centenaria.

Hemos convocado a diferentes tratadistas, algunos protagonistas directos de la historia y otros que se aprestan a escribir parte de la necesaria renovación del pacto social sobre el que se erige esta magna obra, que le cambió para siempre el rostro a la patria.

Es un documento variopinto, un inquietante llamado a repensarnos en un mundo que se transforma a la velocidad del vértigo y, si en los primeros lustros del advenimiento de la seguridad social los cambios se sucedían con pausado ritmo, el presente y el futuro son ráfagas que se suceden al subir y bajar de las pestañas.

Intentar escalar hasta la Caja centenaria es un atrevido ejercicio. Serán las generaciones venideras quienes se solacen con los esbozos futuristas; pero ineluctablemente encontrarán una historia cierta, que no puede ser removida, independientemente del curso futuro del buque insignia de la solidaridad, a la que nos convocan los elevados postulados de esta noble institución.

Este tratado pretende ser el abrebocas de las celebraciones con motivo del primer siglo de vida de la Caja Costarricense de Seguro Social. Es un documento donde se funden raíces y aspiraciones.

Gratitud eterna a quienes hoy nos comparten su intelecto en esta suerte de pasarela que necesariamente muchos recorrerán en el tiempo; espectadores o protagonistas con la certeza que absolutamente nadie se quedará al margen de la escena.

José Luis Valverde Morales

Coordinador

Comisión del 75 aniversario de la Caja Costarricense de Seguro Social

“El Poder Ejecutivo, en su exposición de motivos al enviar al Congreso el proyecto de ley estableciendo en Costa Rica los seguros sociales obligatorios, expuso, ampliamente, las razones de orden social y económico que fundamentan ese paso de mi gobierno, como única fórmula que armoniza los intereses en pugna del capital y el trabajo, pues tiende a establecer como las bases de las relaciones humanas los eternos principios de justicia y solidaridad cristianos, frente a los cuales no existe, o no debe existir, diferencia de clases, sino únicamente hombres que sufren y hombres que tienen el deber de aliviar ese sufrimiento.

[...] no creo necesario repetir que al establecer los seguros sociales de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; se trató de obtener lo que ha faltado a nuestra democracia: un régimen de trabajo realmente humano, desprovisto de todo indebido privilegio, de modo que exista una protección adecuada y eficaz para los trabajadores contra los riesgos profesionales y sociales”.

Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia

Presidente de la República 1940-1944

Tomado de “El gobernante y el hombre frente al problema social costarricense”,
Museo Calderón Guardia, 2014

CAPÍTULO I

**La seguridad social:
hacia un nuevo pacto social**

En el 75° aniversario de la CCSS

Guido Miranda Gutiérrez

La Seguridad Social es una forma de organización político-económica que nació en el razonamiento de los miembros del Parlamento Británico, quienes dijeron al final de la Segunda Guerra Mundial: “si la crueldad de la guerra fue igual para todos los habitantes, los beneficios de la paz, que está por llegar, deben ser también iguales para todos”. Y entonces los ingleses inician la reorganización de la economía del Estado y de la política de cobertura de las formas existentes de seguros sociales; de modo que toda la población quedara cubierta por sus beneficios y no solo los trabajadores activos que pagan las cuotas de derechohabiente. En este nuevo modelo, los trabajadores continúan con su aporte al sistema, pero ahora el Estado, por medio del presupuesto nacional, asume las obligaciones de los grupos que por limitaciones económico-sociales y debido a su incapacidad de pago, antes quedaban excluidos de los beneficios de la seguridad social.

A este proceso se le dio el nombre de universalización y, desde entonces, muchas sociedades luchan por tenerla. En nuestro país, esta meta se fijó durante el período de efervescencia política de la década de los 40. No fue sino hasta 30 años después, al concluir la primera etapa, que se realizó la reforma básica para que la Caja asuma esta obligación. A los cambios iniciales se les suman los profundos cambios ocurridos, tanto en la política socioeconómica nacional como los habidos a consecuencia de un desarrollo de la población y una bonanza económica excepcionales. Todo esto ha contribuido en el surgimiento de una serie de problemas pendientes de una solución imperativa; de no solucionarse estos problemas, podría ponerse en peligro la estabilidad de la Caja.

Este ha sido un proceso que durante siglos ha acompañado el desarrollo de las naciones y el de los derechos de los ciudadanos, ya consolidado en la Carta de Derechos Humanos que firman las 180 naciones que hoy forman la Organización de las Naciones Unidas. El proceso se inició en el siglo XII, cuando las emergentes naciones se habían organizado en rudimentarias comunidades que se aseguraban la alimentación y la vida por medio del cultivo de la tierra. Esa tierra que cultivaban estaba en manos de un rey o monarca, dueño de la vida y de la hacienda de todos; cuyos elegidos conformaban la Corte. Las condiciones de vida para todos eran absolutamente primitivas, con una vida corta y en riesgo permanente; había una muy alta mortalidad. El liderazgo político era consecuencia de duras luchas de familias que lograban el poder, el cual tenía un carácter absolutista sobre una población que cultivaba la tierra y ponía a sus jóvenes para constituir el sector militar, con el cual el soberano lograba la autoridad plena. Lógicamente, la tenencia de la tierra y de una población de siervos para cultivarla, era la forma de poder económico y constituía la principal causa de las frecuentes guerras. Así, el rey de Inglaterra Ricardo I, también llamado Corazón de León, derrotó y anexó a su reino las tierras de los reyes de Escocia, Gales e Irlanda. Luego creó una forma de gobierno colectiva, la cual era excepcional en la época; para ello conformó lo que se conoce como “la mesa redonda”, donde se sentaban los reyes derrotados para ejercer el gobierno en forma conjunta.

Durante esa época, las naciones llenaban sus necesidades su espiritualidad con una muy organizada religión católica; bajo autoridad del papa quien desde esa época residía en Roma. En el año 1095, el papa Urbano II hizo saber a todos los reyes católicos que el acceso a los lugares sagrados de la ciudad santa, Jerusalén; habían sido prohibidos por el general Saladino, luego de que Los ejércitos musulmanes se posesionaran de la ciudad. La respuesta de los reyes católicos fue la organización de ejércitos que irían por tierra a recuperar el derecho perdido. Estas expediciones, conformadas por miles de soldados que viajaron entre 1106 y 1270, fueron conocidas como las Cruzadas. En total fueron nueve y nunca derrotaron a Saladino. El derecho de los católicos de acceder a los lugares sagrados se recupera después por conveniencia económica de las partes en conflicto.

Durante este periodo, Ricardo Corazón de León dejó a los integrantes de la Mesa Redonda a cargo del gobierno, y partió con un ejército a las Cruzadas. Su ausencia se extendió por cinco años. Su hermano, conocido como Juan sin Tierra, tomó el control del reino e instauró una cruel dictadura. En el año 1215, el obispo jefe de la iglesia y los miembros de la Mesa Redonda lo obligaron a firmar un pacto que condicionaba su poder. Por su importancia, a este pacto se le conoce como la Carta Magna y que tiene tres puntos fundamentales:

1. nadie puede perder su libertad sin una justa causa;
2. solo La Mesa Redonda puede aprobar nuevos impuestos;
3. se respetará las organizaciones de los pobres, constituidas en formas de mutuales o hermandades, para lograr beneficios comunes.

Luego de la firma de la Carta Magna, viene la organización de las leyes que norman el buen comportamiento de los ciudadanos y la creación de los jueces conocedores de estas normas; esto da nacimiento al Poder Judicial. Los límites para la creación de nuevos impuestos darían impulso a la formación del Parlamento que limitaría el poder absoluto del rey.

Las organizaciones de los pobres, quienes inicialmente se agrupaban por gremios en lo que se conocía como hermandades, daría origen a todas las formas de organización de los trabajadores. En 1560, el Parlamento y la Reina Virgen dictan la Ley de Pobres, con la que alcanzan una mejor organización y reconocimiento legal. Con esta ley, las organizaciones obreras logran asiento en el Parlamento, al crearse la Cámara de los Comunes.

Más adelante, con los estudios de Karl Marx y de su colega británico Hegel, los creadores del sindicalismo obrero, que actúan como asesores técnicos de las asociaciones católicas, buscan razones económicas para los nuevos planteamientos. Se da incluso la competencia con la creación de las cooperativas obreras, en las que el trabajador puede adquirir el carácter de propietario de una empresa de servicios; y las ganancias distribuidas son el producto de la eficiencia laboral y no de un aporte de capital. Estos derechos y beneficios especiales, que son fortalecidos después en la Revolución Francesa (1790), dan como ganancia fundamental el reconocimiento de la propiedad privada.

La Primera Guerra Mundial, que fue declarada por seis emperadores, necesita para la ratificación del armisticio final, de la aprobación de siete parlamentos. A partir de ese momento, el derecho y la representación de los ciudadanos, que son los que van y mueren en las guerras, residiría en un parlamento o congreso y no en la única voluntad de un rey. Esta guerra deja como herencia política la Liga de las Naciones, que se transformaría 30 años después en la Organización de Naciones Unidas (ONU). En 1945, la ONU aprueba la Carta de Derechos Humanos, como su código ético y político. Esta carta contiene el derecho a la seguridad social, el cual es fundamental para la búsqueda del beneficio social, familiar e individual.

Los seguros sociales nacen y se van fortaleciendo en las mutuales laborales. En siglo XVIII, todas estas organizaciones tienen en común la creación de un fondo económico, a partir de la contribución del salario de cada trabajador, para atender las necesidades de los trabajadores enfermos. Los beneficios eran muy diferentes, porque la escala de ingresos son también muy distintos entre el trabajador agrícola y el artesano.

En Inglaterra sobresalen las organizaciones de los masones (albañil en español), que por su oficio de trabajar la piedra y la construcción de fuertes y castillos, se convierten en una organización muy poderosa. Rápidamente establecieron relaciones a nivel internacional y se volvieron políticamente influyentes.

En Alemania, cuando el káiser Guillermo II asumió el gobierno, nombró a Bismarck como su ministro del Interior, para dar comienzo a todo un programa político, que fue conocido como “el momento de la Nueva Era Social”. El propósito de ambos era reunir a todos los pequeños estados autónomos alemanes en una sola gran nación, que ya tenía el germen y el avance extraordinario a nivel económico, producto de su industrialización. Con la industrialización cambió la economía mundial. Nació el obrero especializado, que es parte de una fase de la producción en serie. Su ausencia por enfermedad o accidente laboral se hace sentir y despierta el celo patronal por el reemplazo. La creación de un sistema común para todos los trabajadores, es el instrumento mediante el cual se fusionan estas preocupaciones. Así, el Parlamento alemán aprobó, con vigencia en todos los estados, unas mismas leyes para normar los accidentes de trabajo y la enfermedad común, en 1884 y posteriormente, en 1889, el retiro por invalidez y por vejez.

En todas estas actividades, la Iglesia y las organizaciones obreras católicas alemanas estaban a la vanguardia; al grado que los comités de estudio del primero y del segundo congreso católico realizados en esa época se hizo la propuesta de una jornada laboral de 8 horas para los mineros y de 10 horas para los obreros de fábrica, con programas especiales para las mujeres obreras.

Es tan importante esta fase social, que el papa León XIII aprobó en 1891 su famosa encíclica *Rerum Novarum*, que no es el tradicional auto de fe religiosa, sino un instructivo obrero-patronal para la afiliación y desarrollo de la organización de los trabajadores. Por eso el papa la llamó *Rerum Novarum*, que significa cosa nueva. Tanta importancia tiene esta actividad que cuando se cumplen 40 años de dictada la encíclica *Rerum Novarum*, el papa vigente entregó al mundo otra encíclica, *Quadragesimo Anno*, instando a los sacerdotes a promover el sindicalismo entre los obreros católicos.

Casi paralelamente, la Tercera Internacional, en Bélgica, tuvo la iniciativa de establecer un partido comunista en los países donde no lo había en ese momento y casi todos los países latinoamericanos carecían de uno. Se crea un fondo económico espacial para esta organización y para promover la enseñanza del marxismo y del sindicalismo.

En 1934, en Costa Rica, un grupo de estudiantes de la Escuela de Derecho, entre ellos Manuel Mora, proceden a la organización del partido que originalmente se llamaría de Obreros y Campesinos. Su campo de acción era la promoción del sindicalismo y, posteriormente, la coordinación de las huelgas de trabajadores en las plantaciones de banano de la United Fruit Co., empresa de capital norteamericano extendida en toda la región atlántica. Estos hechos se constituyeron en sucesos de gran significación político-económica.

Por otra parte, las organizaciones de trabajadores tenían la convicción de que la afiliación a los seguros sociales debía ser individual y obligatoria y no mediante una mutual. Cuando las coberturas se volvieron importantes, desapareció el contrato con los servicios médicos privados y surgió la institución aseguradora, con servicios propios para los trabajadores cubiertos. Esto con la finalidad de establecer políticas de cobertura y mejorar la responsabilidad legal consecuente.

Nuestro país forma parte del primero compromiso territorial derivado de la Conquista por parte del Reino de España y, luego, del período colonial. Con este propósito, el reino español creó la orden religiosa de San Juan de Dios, cuyos miembros deben hacerse cargo de la atención de las enfermedades en el nuevo territorio, empleando el principio de la caridad. Tanto es así que el primer hospital, con el nombre de San Juan de Dios, se abrió en el convento de La Soledad, en Cartago, en el siglo XVIII. Tiempo después debe cerrar sus puertas porque la comunidad era pobre y no podía donar lo necesario para su mantenimiento.

En 1845, luego de que se trasladara la capital a San José, los problemas con los enfermos obligan a establecer tres centros: para la atención de los orates, para la atención de los leprosos y para los enfermos comunes y las parturientas. La generosidad del padre Chapui lo lleva a donar todo el valle de Mata Redonda, al oeste del cuadrante de la capital; y el Gobierno resuelve el problema del financiamiento por medio de una administración indirecta, basada en el principio de la caridad. Cuando esto se volvió insuficiente, autorizó una lotería y nombra una junta para que la administre, de modo que las ganancias contribuyan al mantenimiento de los centros construidos en los terrenos donados por el padre Chapui.

En 1857, el cuerpo médico organizó el promedicato ante la amenaza de epidemia de cólera, de muy alta mortalidad, como residuo de la guerra nacional del 1856.

En 1893, probablemente por influencia de la encíclica *Rerum Novarum*, el obispo Thiel, jefe de la Iglesia católica en Costa Rica, publicó su carta pastoral denominada “El justo salario”, lo que le cuesta la expulsión del país por 10 años.

Años después, el padre Calvo, presidente de la primera recién fundada y abierta logia masónica, ayuda para la inscripción legal de la Asociación de Obreros y Artesanos de San José y, en 1913, la Iglesia se organiza para establecer un activo partido político, para lo cual nombra un comité de información, presidido por el doctor Calderón Guardia, graduado en Lovaina y padre de Rafael Ángel Calderón Fournier, ambos expresidentes de la República.

Para las publicaciones del comité se contó con la ayuda de un adolescente Jorge Volio, estudiante del Colegio San Luis Gonzaga de Cartago. Ya en ese momento Volio publicaba para sus compañeros una hoja informativa sobre la encíclica *Rerum Novarum*. Cuando se graduó como bachiller, fue a ordenarse sacerdote a la Universidad de Lovaina y regresó al país a ejercer el sacerdocio en la parroquia de El Carmen, en Heredia, donde en sus concurrecidos y novedosos sermones explicaba la importancia de la organización de los trabajadores.

En forma sorpresiva dejó su parroquia para ir en ayuda de los heridos de la guerrilla de Sandino, en Nicaragua. Después de ser herido, regresó a Costa Rica y, unos años después, dejó el sacerdocio y fundó el Partido Reformista. Este partido obtuvo los diputados necesarios para que don Ricardo Jiménez asumiera su primera administración; a cambio de un convenio para establecer la primera ley de seguro social en Costa Rica, denominada Ley de Accidentes Laborales, mediante la cual se crea el Banco de Seguros.

Para la campaña política de 1928, el candidato Cleto González le pidió ayuda al ingeniero Max Koberg, recién graduado en Alemania, quien le escribió un proyecto en materia de seguridad social, para su campaña política, en el que introdujo el seguro de enfermedad. Ya como presidente, González hace aprobar el proyecto de creación de un sistema para atender las emergencias de los trabajadores y que se financiaría como un seguro social, con contribución tripartita.

La crisis financiera mundial del año 1929 impidió su operación, porque el Estado entró en un grave déficit de ingresos. En 1930, un conjunto de damas y esposas de las principales figuras políticas y sociales, encabezadas por el grupo del expresidente González Flores, organizó un seminario para

tratar el tema de las madres solteras y el abandono de sus hijos, dados los rígidos principios religiosos y sociales de la comunidad de entonces. Entre las conclusiones del seminario figuró un proyecto de ley para la protección de la infancia, el cual fue aprobado y dio origen al Patronato Nacional de la Infancia.

Años después, en 1936, León Cortes es elegido presidente de la República. Su esposa, doña Julia Fernández, ante la falta de una solución real a los problemas de abandono discutidos en el seminario, le solicita ayuda a su marido para el financiamiento y construcción de una guardería, donde los niños sean cuidados durante el día y tengan la compañía de sus madres en la noche. Don León incluyó en el presupuesto de 1937, la partida necesaria para construir la Casa de la Madre y del Niño, la cual se inició en un terreno ubicado al costado norte de los tanques del acueducto metropolitano, en barrio Aranjuez. En 1939 se paralizó la construcción, debido a la falta de importación de materiales, provocada por el inicio de la Segunda Guerra Mundial.

En 1940 es elegido presidente de la República, el joven médico Rafael Ángel Calderón Guardia. En su mensaje inaugural en mayo anunció la iniciativa de su administración de dotar al país de una universidad, con el propósito de que los jóvenes no tuvieran que emigrar del país para realizar estudios de tercer nivel. Utilizó el proyecto de universidad propuesto por la misión chilena de Galdamez, Bustos y Piga, quienes habían venido al país por gestión de don Ricardo Jiménez, para estudiar el deficiente sistema educacional en sus tres niveles; incluso dejaron escritos los estatutos iniciales de una universidad autónoma.

Al año siguiente, en su mensaje de mayo de 1941, el presidente Calderón anuncia sorpresivamente su proyecto de establecer una institución, la Caja de Seguro Social, para la administración de la Ley de Enfermedad Común y la Ley de Invalidez y Vejez. Este proyecto quedaría para una mejor oportunidad futura y fue hasta 1947 cuando se estableció, con carácter voluntario.

El presidente le encarga la redacción del texto de la ley a su amigo y abogado de La Sorbona, Lic. Guillermo Padilla, quien había sido el gestor de la legislación del Patronato de la Infancia. El proyecto despertó todas las resistencias imaginables, porque nadie sabía qué eran los seguros sociales. Además, la guerra en Europa había creado una muy crítica situación económica al paralizarse la venta del café y los patronos vieron la amenaza del pago de sus cuotas, pues se incrementaría el precio de venta de ese producto.

Los salarios, de muy baja monta, tampoco estaban para hacer un pago adicional y un sector del mismo Estado consideró difícil su financiamiento. Había un ambiente adverso por las condiciones reales y las que se aportaban para aumentar el rechazo, casi todo dirigido por el director del Diario de Costa Rica, Otilio Ulate. El doctor Calderón aprovechó la oportunidad para buscar el respaldo del Partido Comunista, con Manuel Mora a la cabeza, y de la Iglesia Católica, representada por monseñor Sanabria; quienes se vuelven sus aliados.

El Gobierno aprovechó su mayoría legislativa y el 11 de noviembre de 1941 se creó un seguro social directo, para cubrir solo a los trabajadores, con un salario de hasta 300 colones mensuales. El seguro sería administrado por una institución llamada Caja Costarricense de Seguro Social, prevé que la atención médica se proveería en los hospitales de las juntas de protección social. Además, se reconoce el costo por la cama, el cambio de ropa diario, la alimentación, incluyendo dietas especiales. La atención médica la darían los médicos de planta, quienes prescribirían según su criterio y los medicamentos serían despachados de inmediato en las farmacias privadas. También se crea el subsidio de enfermedad para que el paciente tenga un ingreso mientras esté enfermo. El Gobierno hace un préstamo inicial a la Caja del Seguro de diez mil colones para el pago de las primeras obligaciones y crea una junta directiva de cinco miembros, con un médico para los asuntos técnicos.

Se comienza a discutir la posibilidad de modificar la Constitución Política. El amigo y colaborador, Óscar Barahona, se hace cargo de redactar el Código de Trabajo. En 1943 se incorporó a la Constitución un capítulo para las “garantías sociales”, que contiene el Código de Trabajo y la Caja Costarricense de Seguro Social. Esta última que, sin servicios médicos propios, tenía una autorización en su ley constitutiva para que las juntas de protección le ayuden a atender a los pacientes asegurados, reconociendo el costo de estancia respectivo.

La atención médica, especialmente de los pacientes ambulatorios, se volvió errática y compleja; hasta que dos años después, el Dr. Mario Luján, ministro de Salubridad, le traspasó a la Caja la edificación suspendida del proyecto de guardería de la Casa de la Madre y el Niño, para que la Caja instalara servicios hospitalarios propios en el segundo piso. Con esto nace el Policlínico en la planta baja, como consulta externa, con servicios médicos y especialidades, para la atención ambulatoria. Los médicos casi regalaban su trabajo hospitalario y tenían su ingreso principal en su consultorio particular, atendido en horas de la tarde, se organizaron en un sindicato de profesionales para la defensa de los derechos de su grupo: la Unión Médica Nacional.

En este controvertido ambiente, un nuevo personaje en el campo político, José Figueres, anunció un programa radial para hacer críticas a la administración de Calderón, quien había cometido errores en el uso de su poder político; a lo que se sumaban los aires de la siguiente campaña política, en la cual se auguraban irregularidades. En pleno desarrollo de su discurso, Figueres es interrumpido por la policía y dos días después es enviado, por avión, a El Salvador. Este error de procedimiento hace de José Figueres un perseguido político que trabajará en los próximos años combatiendo a las dictaduras del área.

Posteriormente regresó al país y desde su finca La Lucha mantuvo una actividad vigilante y crítica de las irregularidades de las elecciones de 1946, entre los candidatos Ulate y Calderón. Ante el intento de anular el triunfo de Ulate por parte del Congreso, Figueres inicia un movimiento armado, que encontró un gran respaldo popular. Tuvo éxito en todas sus iniciativas armadas, hasta llevarlo a marchar y ocupar Cartago, con el paso inmediato hacia San José, lo cual supondría una alta mortalidad.

Ante esa perspectiva, se produjo una conocida reunión entre Manuel Mora, líder del Partido Comunista y principal respaldo popular del Gobierno, y José Figueres, en el Alto de Ochomogo, con la intermediación del padre Benjamín Núñez, representante en San José de Figueres. En esta reunión don Pepe se comprometió a mantener toda la legislación social vigente hasta entonces, y Mora se comprometió a quitar el respaldo de los grupos comunistas dentro de los grupos armados del Gobierno; lo que condujo a la rendición incondicional exigida por don Pepe. Se produjo la renuncia del presidente Picado y el abandono del país por parte de Picado y de Calderón, con dirección a Nicaragua, para que Figueres y un grupo de su confianza asumieran la administración del Gobierno.

Don Pepe comprende que la pureza del sufragio ya está garantizada con el Tribunal de Elecciones, creado por el Congreso Nacional el año anterior, y que es el momento de proponer un plan nacional de desarrollo, utilizando todo el aporte ideológico de la Segunda Guerra Mundial, la creación de la ONU y la Carta de los Derechos Humanos. Estos hechos relevantes a nivel mundial, despertaron en toda Latinoamérica el propósito de establecer cambios en los sistemas tradicionales; entre las novedades está el desarrollo de los seguros sociales hasta convertirse en un sistema de seguridad social. Se presenta un cambio de los sistemas tradicionales y su forma de financiamiento, terminando con la caridad que se daba en los países en vías de desarrollo.

Don Pepe reforzó financieramente a la Caja de Seguro Social y se abrió informalmente la cobertura familiar y la atención por maternidad. La presencia de Alfonso Carro fue muy importante para la asesoría de la Junta Directiva, porque el reglamento de enfermedad mencionaba solo el derecho para el trabajador afiliado. Este seguro directo empezó a operar con una cobertura para la esposa o compañera

del trabajador o asegurado directo, primero en enfermedad y rápidamente se extendió a la maternidad. Se inició la cobertura de los hijos, desde el nacimiento hasta los cinco años y que se extendió según las posibilidades del régimen.

Desde que Figueres asume responsabilidades, busca la ayuda del Grupo para el Estudio de los Problemas Nacionales, que trabajaba alrededor del Lic. Rodrigo Facio. Este grupo propuso un modelo político socialdemócrata, el cual había demostrado su éxito en los países europeos antes de la guerra, en cuanto al logro de una equitativa distribución de la riqueza, mediante políticas impulsadas por instituciones autónomas, que se traducían en programas de desarrollo social.

Así, en Costa Rica, el Instituto Costarricense de Electricidad se hizo cargo de la electrificación nacional y su subsidiaria Radiográfica Costarricense S. A. lo haría en telecomunicaciones; el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo se hizo cargo de la construcción de viviendas de bajo costo, adquiribles en abonos mensuales a largo plazo, por el salario obrero medio; el programa para educación de tercer nivel quedó a cargo de la Universidad de Costa Rica, para darle paso a la ciudad universitaria, y luego se unieron la Universidad Nacional y el Instituto Tecnológico de Costa Rica. El Ministerio de Educación asumió el primero y segundo nivel de educación y abrió colegios en todo el territorio, para hacer accesible el bachillerato. La actividad agrícola se vio garantizada en el establecimiento del precio de su cosecha por medio del Consejo Nacional de Producción y se abren los estancos para poner a la venta la cosecha, a bajo precio. En la banca se toma una medida audaz, como fue la nacionalización, para hacer accesible el crédito de bajo costo y a plazos adecuados. El solidarismo y las cooperativas abren programa con la participación económica del trabajador, aspecto muy importante del cual carece el sindicalismo.

Todos estos cambios necesitaban una nueva Constitución, la cual fue redactada por todos los conocedores, con gran apoyo de don Pepe. Cuando Figueres llevó el proyecto al Congreso, obtuvo un rechazo que hizo renunciar a la Junta de Gobierno del plazo legal que tiene concedido. La renuncia de don Pepe tuvo el propósito de fundar un partido político con el programa socialdemócrata que había sido rechazado. En 1951 funda el Partido Liberación Nacional, el cual gana las elecciones para el período 1953-1958, periodo durante el cual se formalizó el plan socialdemócrata.

En ese momento ya se había reconocido la gran limitación de planta física del Seguro Social y se empiezan los estudios de necesidades para darle espacio a una administración que irá creciendo, así como la de servicios médicos actualizados y ligados a la docencia, para formar los recursos humanos. A la vez, se participó en actividades internacionales, principalmente en Latinoamérica, en donde se conoció la experiencia en otros países y se compartió la costarricense. México se distinguió por su actividad y liderazgo y por el apoyo ofrecido incondicionalmente a la Caja de Seguro Social de Costa Rica.

En la administración del presidente Echandi, quien manifestó su apoyo al sistema en su mensaje inaugural en 1958, se incrementó el tope salarial de aseguramiento, que se subió de 400 a 1000 colones y la Caja quedó facultada para fijar el mínimo conveniente en el futuro. En mayo de 1961, cuando se abrió el primer grupo de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, sorpresivamente el diputado Enrique Obregón presentó una moción para reformar la Constitución, a fin de universalizar la cobertura de la Caja, con sus programas. En las conversaciones surgidas, el diputado Obregón comprendió la prematuridad de su propuesta y agregó un párrafo en el que se daba un plazo de diez años para iniciar el programa. Así se aprueba y ya la institución y el país tenían muy claro el rumbo de la planificación futura institucional.

En 1968, el Partido Liberación Nacional realizó su segundo congreso ideológico, en el que se aprueba una nueva Carta al Ciudadano. En ella se definía en forma muy clara el programa político del partido y el apoyo a la universalización, mediante un programa de seguridad social. De esa actividad política surgió

la decisión de don Pepe de ser el candidato del partido para 1970, con una programación definida para completar la organización nacional ya lograda, pero incompleta, en materia de salud. Esta propuesta se agrega al resto del plan socialdemócrata. Ese mismo año se inauguró el nuevo hospital del Seguro Social, que se llamó México, en agradecimiento a toda la ayuda ofrecida durante años por ese país.

El programa de reforma legal que se preparó y que Figueres, quien ganó las elecciones e inició su tercera administración en 1970, respaldó plenamente el objetivo de la universalización. Esto implicaba diferenciar un sector salud, sus miembros constituyentes, de modo que la programación en salud correspondiera a un plan nacional. Ese plan debía responder a un territorio dividido en regiones de atención, cada una encabezada por un hospital regional, que se apoyaba en una red con sus correspondientes niveles de complejidad progresiva.

En forma conjunta con el Ministerio de Salud y su ministro, que es el rector, fueron aprobados los proyectos de ley necesarios para la institucionalidad; entre ellos la Ley General de Salud, la Ley Orgánica al Ministerio de Salud, la creación en la Caja de una presidencia ejecutiva, de una subgerencia médica y una subgerencia administrativa; además de todas aquellas modificaciones legales que le permitieron cubrir la atención del paciente lo más cerca posible de su residencia. Se extendieron los servicios a poblaciones que antes no habían tenido el derecho a ellos, para que toda la población fuera la meta del saneamiento y del desarrollo social de forma aparejada.

Todo esto es parte de un concepto básico en la gestión de la seguridad social y, por ello, los recursos humanos que estaban a cargo del desarrollo de sus programas, deben tener una sólida formación académica en esta filosofía. Pero, infortunadamente, esta es una materia que no se enseña en ninguna escuela de medicina y su conocimiento corre a cargo de la Caja.

En aquella época comenzamos por hacer atractivo el internado obligatorio de los estudiantes y nos preocupamos de la calidad de las reuniones clínicas, anatomoclínicas y cursillos especiales; tuvimos la ventaja de contar con el hospital de Turrialba, para una pasantía de tres meses en área rural; logramos que el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica creara las cátedras paralelas, inicialmente con el San Juan de Dios, en 1966, y luego en el hospital México. Todo esto nos llevó a la situación de rechazar solicitudes de nuevos internos o estudiantes de medicina. Finalmente, en 1972, logramos el financiamiento para construir un centro encargado de la docencia y la investigación; se construyó y, en 1974, se inauguró el Cendeiss.

Cuando el presidente Daniel Oduber, quien siguió a don Pepe, estaba preparando el informe de cierre de su período 1974-1978, la Caja le informó que había quedado constituido un Sistema Hospitalario Nacional de 7000 camas, gracias al traspaso de los hospitales a manos de la Caja. Este sistema cubría al 80 % de la población, que para ese entonces era de dos millones de habitantes, que hoy serían poco más de cinco y medio millones de personas, con una expectativa de vida de casi 80 años, la más alta del continente americano. Un sistema que requiere de evaluación e información diaria de todos sus componentes; lo que implica la publicación y difusión de las estadísticas anuales, que traducen los resultados de la gestión especializada y dan estabilidad a la seguridad social.

Las administraciones futuras tienen la responsabilidad de completar los planes institucionales adaptando e introduciendo los cambios necesarios, en un escenario muy dinámico, para mantener y progresar en lo alcanzado y lograr la universalización total. Esos planes deben estar en concordancia con el Plan Nacional de Salud, dado que la Caja es una entidad que forma parte del sector salud, el cual funciona con la rectoría del Ministerio de Salud.

Universalización de los seguros sociales en Costa Rica¹

Enrique Obregón Valverde

En 1960 yo era diputado de la Asamblea Legislativa por el partido Liberación Nacional y propuse una reforma constitucional al artículo 177, para universalizar los seguros sociales. Para esa fecha, la cobertura que tenían estos seguros era sumamente pequeña, pues apenas llegaba al 17 % de la población nacional y a un 27 % de los sectores de trabajo asalariados. Entonces, había una gran distancia entre los principios filosóficos de la seguridad social y la realidad del país.

Cuando propuse el proyecto, el Estado era el mayor deudor de la Caja. No había una disposición que vinculara al Estado a pagar, aun cuando la obligatoriedad era clara en la Constitución Política y en la ley. No se puede meter a la cárcel al Estado como patrono, lo que sí procede con los patronos particulares que retienen las cuotas de sus trabajadores y no las entregan a la Caja.

Pensé, entonces, que la única forma de impedir que el gobierno continuara con su morosidad, era mediante una reforma que obligara al pago mediante un porcentaje fijo establecido en el capítulo constitucional que se refiere al presupuesto de la República. Consulté con especialistas sobre el porcentaje, y todos me dijeron que era imposible fijar un monto que respondiera a estudios técnicos. Sin embargo, Álvaro Vindas, profesional en estadística del Seguro Social, me manifestó que un 10 % del presupuesto nacional podría ser adecuado. Con ese porcentaje me quedé y así está en el proyecto de reforma constitucional presentado y en el texto aprobado.

Mi propuesta ocasionó un gran escándalo público y, para que se pueda apreciar su magnitud, solamente voy a recordar un precedente. En 1958 la CCSS propuso una ampliación de la cobertura, en cuanto al monto del salario. Hasta esa época, únicamente estaban asegurados los trabajadores que tenían un salario mensual menor a 400 colones. O sea, que todos los que tenían salarios superiores a esa suma, estaban fuera del sistema. Era una protección reducida a un sector pequeño. Recuérdese que cuando Calderón Guardia presentó su gran reforma social, la clase patronal le permitió asegurar solo a los trabajadores con salarios menores a 300 colones, monto que se aumentó a 400 en 1943; fue el único aumento que se logró hasta 1961. Ante el aumento propuesto por la Caja, de 400 a 600 colones, la Unión Médica Nacional decretó un paro de todos sus servicios, una huelga general. Fue la primera huelga de médicos que hubo en Costa Rica, en la que se oponían a que el seguro cubriera a más trabajadores, porque eso iba en contra de sus intereses económicos particulares; o al menos, así lo creían. La realidad ha demostrado que el aumento en la cobertura no los afectó.

1 Este comentario lo presento a solicitud de la Caja Costarricense de Seguro Social –para esta publicación conmemorando su 75 aniversario– y con la expresa petición de “narrar cómo se construyó y concertó la propuesta de universalización del seguro de salud costarricense y los desafíos para su sostenibilidad”. Espero cumplir con lo solicitado.

Cuando en la universidad estudiábamos estos temas, estábamos de acuerdo con la huelga como facultad incuestionable del trabajador para proteger sus derechos. Pero debe existir la excepción si hay intereses contrapuestos entre los derechos de un sector y los del pueblo. En materia de derechos, lo social ha de tener prioridad frente a lo particular; sobre todo si de por medio están la salud pública y la vida.

Esta huelga médica tuvo tal trascendencia, que obligó a renunciar a don Arturo Volio, gerente de la Caja; al director Francisco Cordero y al subgerente, don Guillermo Padilla Castro, quien fue el redactor del proyecto de ley que dio origen a la institución. Estos tres señores renunciaron frente a un poder tan grande como era la clase médica de aquel momento. Por esta razón la reforma no pasó. No fue sino hasta el gobierno de Mario Echandi, que el ministro Franklin Solórzano presentó un proyecto de ley que aumentaba la cobertura del salario a mil colones. Pero no hay que llamarse a engaño; efectivamente, aumentar la cobertura era un paso hacia delante, pero también una forma de evitar o atrasar la universalización. Un gobierno como el de Echandi, ultraconservador, no podía estar de acuerdo con mi propuesta y por eso la combatió y hasta la vetó.

Como dejo expuesto, mi proyecto no establecía un monto de salario sino una cobertura total. La propuesta era que se cubriera a toda la población del país, trabajadora o no trabajadora; ya sea que se tratara de un trabajador independiente o de un mendigo, todos estaban cubiertos.

En el libro *La seguridad social y el desarrollo de Costa Rica* del Dr. Guido Miranda, encontramos datos muy interesantes. Para 1957, el seguro social cubría únicamente el 11.5 % de la población nacional; para 1961, cuando se aprobó la reforma constitucional citada, cubría al 17 % de la población nacional y al 27 % del sector asalariado.

Tras discusiones, luchas y rechazo, tanto de representantes de los diversos partidos políticos como de los empresarios y de la prensa, el proyecto al fin se aprobó en 1961, con una reforma que me propuso Rodrigo Fournier, porque “de lo contrario el proyecto nunca se iría a aprobar”, dada la cantidad de enemigos que tenía. Un plazo de diez años para su vigencia, podría marcar la diferencia entre aprobar o rechazar el proyecto; efectivamente, al final, con ese plazo contenido en el transitorio que redactamos Rodrigo y yo, el sector empresarial aceptó, los medios callaron y los políticos aprobaron la reforma. Hasta los diputados que en un principio lo combatían (casi todos), lo votaron favorablemente; la reforma fue aprobada por unanimidad. La pelea que di casi en solitario, valió la pena; y los insultos acusándome de comunista, los he olvidado.

Durante estos diez años de plazo, la Caja trabajó con gran dedicación para ajustarse a la nueva realidad. De esta manera, para 1965, la cobertura llegó al 30 % de la población; para 1970, llegó al 46 %; para 1975, al 66 %; para 1982, al 75 %; y, para 1990, al 83,6 %. En el año 2000, el porcentaje total de la población cubierta era del 87.6 %, con 1 038 816 de trabajadores y 1 434 204 de familiares. O sea, 2 934 575 asegurados, en una población del país de 3 824 233. Por la dimensión social de esta reforma y la velocidad con la que se logró, se puede considerar como acertado el pronóstico que me hizo el gerente Rodrigo Fournier, el día que presenté el proyecto. Él llegó corriendo, agitado, a la Asamblea Legislativa, casi gritando: “Brutal, brutal, Enrique, es la segunda gran revolución social de Costa Rica”. La primera llegó a una cobertura del 17 % de la población nacional, durante los primeros 20 años, con 225 545 asegurados; la segunda, 30 años después, llegó a una cobertura de 83.4 % en 1991, para una población asegurada de 2 592 018. En 1941, cuando se creó el Seguro Social, Costa Rica tenía 600 000 habitantes; en 1991, 3 108 342 con un empadronamiento de 83.4 %.

Este fue un récord social y político, de avance en los derechos humanos, que no tenía precedentes en el mundo. Costa Rica es el único país que ha logrado una cobertura de esta clase en un plazo tan corto. Esta situación fue resaltada por el presidente Barack Obama, cuando propuso su reforma al sistema de

salud en los Estados Unidos, al afirmar que su ideal era alcanzar un avance social en salud pública, como el que tenía Costa Rica.

Lo que dejo expuesto tiene que ver con una actitud nacional, como parte de un proceso histórico que comenzó antes de Calderón Guardia; luego, él lo continuó trasladándolo de enunciado a ley, y nosotros, después, en la Asamblea Legislativa, a partir de 1960, lo recogimos para llegar a mi proyecto, que se convirtió en la base de la universalización del seguro social en nuestro país. El dato que se debe resaltar es que antes de esta reforma constitucional los trabajadores independientes y las personas que dependían de ellos no estaban cubiertos por el seguro; eso representaba un 25 % de la población. Tampoco estaba el sector mendicante, que representaba un 10 %. Entonces, había un 35 % fuera del sistema; además de todos los trabajadores cuyo salario era mayor al estipulado en la ley.

La tragedia de la seguridad social la expuse en el dictamen que se leyó cuando se tramitaba el proyecto de reforma constitucional. La Asamblea Legislativa nombró una comisión para dictaminar el proyecto, integrada por Alfonso Carro, Fernando Volio y yo, como proponente de la reforma. Tanto Carro como Volio consideraban que el 10 % era un porcentaje empírico, antojadizo, y que no convenía que quedara así en la Constitución. Además, defendían que el monto siempre lo debería fijar la Junta Directiva de la Caja. Entonces yo les decía que era imposible fijar un porcentaje científico-técnico, pues no se tenían informes del posible aumento de la población en aquel momento; también les dije que era la única forma de que el Estado estuviera obligado a pagar una cuota fija y que, de igual manera, así lo había hecho la Corte Suprema de Justicia, en 1957, al lograr el 6 % del presupuesto nacional para “sus necesidades fundamentales”. Entonces, era el mismo procedimiento, sin pensar en un imposible dato exacto, que era lo que argumentaban las personas que no querían que el proyecto fuera aprobado.

Pues bien, hubo entonces dos dictámenes: uno de mayoría suscrito por Alfonso Carro y Fernando Volio quienes decían que la cuota la determinara la Junta Directiva de la Caja; y otro de minoría, que presenté, sosteniendo que el monto fijo en la Constitución era la única manera de obligar al Estado a pagar, como garantía; es decir, como derecho que el Estado concede y asegura a los ciudadanos. Al final se aprobó el dictamen de mayoría –con alguna reforma de obligatoriedad que logré que se incluyera– y no el mío. Lo importante es que quedó la afirmación de que un porcentaje aprobado anualmente por la Junta Directiva de la Caja, podría estar influenciado por un poder ejecutivo conservador; o sea, era la mejor manera de boicotear la universalización.

Actualmente se está criticando mucho a la Caja de malas administraciones. Esas son pequeñeces. Lo grave, lo que está sucediendo como fenómeno trágico, es que el Estado no paga la cuota que le corresponde. Al 29 de febrero del año 2016, el Estado debía a la Caja del Seguro Social 692 651 millones.

Si se hubiera aprobado el dictamen de minoría que suscribí, esta situación no estaría como se presenta en la actualidad. ¿Cuál es la situación actual? Que esa millonaria suma de dinero el Estado no la puede pagar; solo se darán abonos excepcionales como los de Óscar Arias durante su gobierno y del presidente Luis Guillermo Solís, en el actual. Pero eso es poco en relación con el monto total que se debe. En la actualidad es necesario pensar de nuevo en reformar la Constitución Política, para garantizarle a la seguridad social el pago que el Estado debe hacer. Solamente así se pueden evitar situaciones de desfase en la atención de la salud pública, que todavía se presentan y que por sí mismos denuncian grados inaceptables de injusticia.

No obstante, pareciera que la Caja hace milagros. La universalización pasó y funciona en la actualidad a “trancas y barrancas”, pero funciona. Hasta los setecientos mil nicaragüenses que viven en Costa Rica, disfrutan de ese derecho. Me voy a permitir contar una anécdota particular. Por razones familiares he estado muy cerca del hospital Blanco Cervantes y me he encontrado con la sorpresa de que es un hospital que brinda servicio social a los ancianos –a mí no me gustan los términos “adulto mayor” ni

“ciudadanos de oro”, prefiero el clásico de “anciano”; es el adecuado, los otros son sofismas, una forma de encubrir con adornos una situación de vida-. Pero, bueno, este hospital funciona extraordinariamente bien. Tiene en el Dr. Fernando Morales un director estupendo, dedicado a prestar a los ancianos un servicio que traspasa las obligaciones propias de un hospital normal, para darles la oportunidad de que se integren de nuevo a la vida social; a las amas de casa que han perdido la noción, es decir, su conciencia, las capacitan para que regresen a la vida del hogar; por ejemplo, les enseñan otra vez a cocinar –tiene allí una cocina experimental para ello-. No solo es medicina preventiva o curativa. Es algo más. Es un asunto de salud social. Este hospital lo están atendiendo de una forma casi maravillosa. Entonces, podemos apreciar que nuestro seguro social, con las críticas que se le hacen y con todas las deficiencias que tiene (porque el Estado no cumple sus deberes legales y de filosofía social) llega mucho más allá de la natural atención hospitalaria, para tocar las fibras más sensibles de la solidaridad y el amor.

En estos momentos, en Costa Rica, si un turista pobre sufre un accidente, tendrá asistencia hospitalaria de inmediato, y después le pasarán la cuenta. Si no puede pagar, le extienden un papel con la obligación y le dicen “Firme aquí, y pague cuando pueda”. Esta es parte de la revolución social a que se refería Rodrigo Fournier cuando comentó mi proyecto. Él fue el único funcionario de la Caja que lo apoyó públicamente; los demás guardaron silencio, simpatizando con el contraproyecto del gobierno de Mario Echandi, que pretendía sepultar la universalización.

Al final, la reforma al artículo constitucional quedó de la siguiente manera: “Para lograr la universalización de los seguros sociales y garantizar cumplidamente el pago de la contribución del Estado como tal y como patrono, se crearán a favor de la Caja Costarricense de Seguro Social rentas suficientes y calculadas de tal forma que cubran las necesidades actuales y futuras de la institución. Si se produjera un déficit por insuficiencia de esas rentas, el Estado lo asumirá, para lo cual el Poder Ejecutivo deberá incluir en su próximo proyecto de presupuesto la partida respectiva que le determine como necesaria la citada institución para cubrir la totalidad de las cuotas del Estado”. Se incluyó un transitorio al artículo 177, que dice: “la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”. Al respecto, comenta el Dr. Guido Miranda en su libro citado, lo siguiente: “En ese momento quedó establecida la universalización legal de los regímenes de la Caja”.

Efectivamente, esta reforma eleva a derecho público el principio de la universalización de los seguros sociales y se constituye en una garantía de cumplimiento de parte del Estado, del pago de las rentas necesarias a que está obligado como tal y como patrono. ¿Dónde está la falla para que una obligación tan clara no se haya cumplido? Sencillamente en que no quedó establecido un monto fijo que debe incluirse en el presupuesto nacional, dejando a la Junta Directiva de la Caja, a merced de partidos y políticos conservadores. Solo queda un procedimiento para evitar las futuras morosidades de los gobiernos, y es una nueva reforma constitucional que incluya el porcentaje fijo del pago estatal: el 10 % que establecí en mi proyecto original y en el dictamen de minoría. Ese porcentaje sigue siendo valedero. Fue un cálculo acertado.

La salud dentro del marco del seguro social.

¿Cómo obtenerla y conservarla?

Juan Jaramillo Antillón

Hipócrates, el padre de la medicina, señalaba que tanto “la salud como la enfermedad se rigen por leyes naturales y reflejan la influencia que ejerce el medio y la forma de vida que se tiene”. La salud depende pues, de un equilibrio entre factores internos que gobiernan las acciones del organismo humano (mente y cuerpo) y factores externos a él (los del medio ambiente). El equilibrio se alcanza cuando la persona vive en armonía con su medio externo (Garrison, 1966; Jaramillo, 2005).

Uno de los grandes problemas que tiene el Seguro Social, es que la mayoría de los costarricenses no hacen caso de los consejos para evitar enfermar, ya que abusan de la comida, beben licor y utilizan drogas, mantienen relaciones sexuales promiscuas, fuman, conducen sus vehículos con exceso de velocidad, tienen hijos no deseados y se exponen a múltiples riesgos en su medio; no mantienen buenas relaciones en su hogar con su esposa y sus hijos e, incluso, los agreden; lo que genera gran estrés a los integrantes de la familia, a lo que se agrega la falta de buenos ejemplos para los hijos.

Y a todo esto se suma el hecho de que no realizan ejercicios que mejoren su salud. Los medios de comunicación escritos y visuales estimulan a los jóvenes al consumo de alcohol, al fumado, al sexo y a la velocidad. La violencia es expuesta como forma natural de resolver los problemas personales o los conflictos.

En este país, las personas llegan a viejas con edad similar a la de los países desarrollados, pero –a diferencia de lo que ocurre en esos países– en el nuestro llegan con múltiples patologías; lo que significa enormes gastos en la atención de sus enfermedades. Los costarricenses continúan viendo los servicios de la Caja como si solo sirvieran para la atención médica en la enfermedad. Por idiosincrasia, quieren una clínica en cada barrio y un hospital en cada cantón. Esa es una de las razones por las que existe en Costa Rica un “paradigma perdido de la prevención” (Jaramillo, 2005).

La Declaración de los Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas expresa que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios” (artículo 25). La Organización Mundial de la Salud amplió el concepto de salud al definirla como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 1946). Lo anterior hace ver que existen muchos factores que participan para lograr una buena salud (Jaramillo, 1993 y 2005).

Es claro que los sistemas nacionales de salud o los seguros sociales universales como el nuestro no han logrado, aun con la participación y contribución del gobierno y de las instituciones públicas y privadas, que la población aprenda a evitar los factores de riesgo que contribuyen a la aparición de las enfermedades y de los accidentes. En general no han logrado que las personas participen en el cuidado de su propia salud. Ante esta perspectiva, es claro que ni todo el dinero del mundo alcanzará para atender a los pacientes, tanto a quienes padecen enfermedades como a los que son víctimas de accidentes o de la violencia que aumenta en los países. De ahí que cualquier sistema universal de servicios de salud debe conocer muy bien la respuesta a la pregunta ¿qué es la salud? (Jaramillo, 1987 y 1998 y Jaramillo y Arrea, 1998).

El problema que tienen las autoridades de salud de todo el mundo, para lograr apoyo económico y técnico de sus gobiernos en las campañas destinadas a la protección de la salud; es que la salud como tal es difícil de apreciar, ya que los seres humanos convivimos con ella sin darnos cuenta de su presencia. “No se ve, no huele, no se siente y solamente nos damos cuenta de su existencia cuando nos enfermamos”. Algunos consideran que la salud se parece mucho a la libertad, ya que solamente se le aprecia cuando se pierde (Jaramillo, 1993 y 2005).

La protección de la salud de una población es algo muy complejo y no consiste únicamente en tener buenos médicos, clínicas, hospitales y programas. Para lograr la salud, se requiere de condiciones que trascienden en mucho el campo médico. Obtener salud no es solo un problema individual, sino un asunto que concierne a todos; por ello, no solo posee dimensiones médicas, sino también políticas, sociales, económicas e, incluso, legales. Debe tenerse en cuenta, además, que la protección de la salud es un derecho humano y, en ese sentido, es responsabilidad de la sociedad en su conjunto, preservar ese derecho. Las inversiones que los gobiernos hagan en los programas preventivos y curativos, no deberían ser considerados como un gasto sino como una inversión en el capital humano, lo máspreciado que tiene una nación (Jaramillo, 1998 y 2012)¹.

Sabemos que la salud de una población está influida por las condiciones de su desarrollo económico y educativo; a las políticas de salud que implementen los gobiernos, se agrega la necesidad de fuentes de trabajo estables y la oportunidad de una buena alimentación, en especial de los niños. Esto deja ver a las autoridades de salud, que los seres humanos no solo están afectados por los trastornos del organismo (ya sea por problemas genéticos o fallas en las defensas inmunitarias o regenerativas ante los ataques de un agresor -virus, bacterias, hongos, etc.- o por la naturaleza de su medio ambiente -epidemias, traumas por accidentes y violencia-); sino también por el medio social y los problemas que ahí existen en especial en sus hogares (Jaramillo, 1998).

Lamentablemente, las influencias ambientales muchas veces no están bajo el control directo del personal de salud. Tal es el caso de la destrucción de los bosques, la contaminación del aire y del agua por desechos industriales y automotores, la explotación de las minas de carbón y de las fuentes del petróleo, que está afectando tanto a los países desarrollados como a los no desarrollados. Todo esto produce enfermedades respiratorias, digestivas y de otros tipos; además de sequía, hambrunas de animales y de personas; o tormentas e inundaciones en todo el mundo. Ahora hay una crisis mundial por obtener agua potable, fuente de vida de todos los seres.

La educación básica de toda la población ha sido necesaria para lograr que las personas de todo nivel económico o social y, en especial las madres, pudieran estar informadas por diversos medios escritos, de los factores de riesgo para enfermar que tienen sus hijos, de la importancia de una lactancia materna prolongada, de las vacunas, del tipo de alimentación y de la importancia de proporcionarle

1 Cuando se hace referencia a la medicina o a problemas médicos, se incluye en ese término a todos los otros profesionales y personal, además de los médicos, que contribuyen al cuidado de la salud o a la atención de la enfermedad.

cariño y amor a sus hijos a fin de evitar afectaciones psicológicas de por vida. Ha sido posible, mediante campañas educativas, mostrar los riesgos del fumado, del licor y de las drogas; de los excesos en la comida y de la obesidad con sus secuelas de hipertensión y diabetes. Poco a poco ha ido ganando aceptación el concepto de que el médico no solo debía curar enfermedades, sino también, evitar en lo posible que la población enfermara. Es fundamental en este momento, el desarrollo de una medicina integral más humana e, incluso, más barata. “Los médicos son ahora no solo profesionales para atender la enfermedad o la muerte de sus pacientes (en este caso los patólogos y forenses), sino médicos de la vida, por ser los principales responsables de protegerla”. Esto les dará mayor prestigio y valor ante la sociedad (Jaramillo, 1993 y 2005). Existen varios “paradigmas” o modelos para comprender cómo se obtiene salud; muchas de estas estrategias ya se están llevando a cabo por la CCSS (Jaramillo, 2005).

El paradigma abierto de la salud nos muestra que los factores que inciden en los buenos índices de salud de una población son múltiples; por ejemplo, en cuanto a la conducta individual, tener buenas costumbres y dar buenos ejemplos, en especial a los niños; en la conducta de la población, cooperar con las autoridades de salud. Un claro ejemplo de esto último es el fracaso de la campaña contra el dengue y el zika; pues buena parte de ello se debe a la falta de colaboración de las personas en la destrucción de los criaderos de larvas.

En cuanto a las condiciones económicas, es importante que haya fuentes de trabajo que posibiliten un ingreso para vivir dignamente (no necesariamente la riqueza). En cuanto a las condiciones del medioambiente donde se vive, que este sea sano (que haya fuentes de agua potable y sistemas de excretas funcionando) y que no haya pandillas de violencia o narcotráfico. Además de esto, es necesario que existan buenos programas preventivos y curativos en el área.

En cuanto al tema de la herencia genética, no es posible tener un control sobre las causas de enfermedades, pero sí se pueden prevenir algunas por medio de la prueba del tamizaje del talón en los recién nacidos. Es importante que los programas para la atención de los ancianos (tercera edad) traten no solo de prolongar su vida, sino -sobre todo- de darles una mejor calidad de vida. También es fundamental que las madres den en lo posible, una lactancia materna prolongada; que haya programas de control prenatal, de educación sexual, para evitar los niños no deseados y las infecciones.

A todo esto se agrega la importancia de asistir a programas de detección de males cardíacos² y de diferentes tipos de cáncer; debe haber campañas permanentes de vacunación³, de salud mental y otros programas más.

Por otra parte, el paradigma personal para conservar la salud consiste en tener una alimentación equilibrada, hacer ejercicios físicos con frecuencia, no fumar, no utilizar drogas, no beber en exceso licor, tener buenas relaciones sociales y familiares, practicar el sexo seguro, tener un trabajo satisfactorio, dormir bien, no padecer de obesidad, tomar las cosas con calma para no estresarse, estar en paz en cuanto a aspectos morales, religiosos y espirituales, asistir a controles de presión arterial, nivel de azúcar en la sangre, citologías, mamografías y otros tipos de exámenes. El problema es que la mayoría de la gente no cumple con este paradigma, pensando que si enferma la medicina lo curará; lo cual no es cierto en muchos casos (Jaramillo, 2005).

Ambos paradigmas procuran poner en equilibrio a la mente y el cuerpo, para liberar al individuo de la enfermedad y de la muerte. La medicina hipocrática señalaba que los médicos deberían ser profesionales no solo del cuerpo sino también del alma, ya que con ello se gana la confianza del paciente y la cura tiene oportunidad de ser mejor y más rápida; pero no solo los médicos, sino todo el personal de salud

2 En una encuesta se encontró un 31,5 % de hipertensos no conocidos.

3 En el 2015 se vacunó al 97 % de los niños del país, lo cual es una cifra récord.

que trata con enfermos, debe hacerlo con respeto, afecto y misericordiosamente, pues algún día ellos serán los enfermos a tratar, y querrán ser tratados igual (Jaramillo, 2012).

Los paradigmas anteriores demuestran claramente que la salud no se le puede imponer a una persona o a una población. Lo que los médicos, los especialistas en salud pública, las enfermeras, las instituciones de salud y los gobiernos pueden ofrecer son “servicios para proteger la salud y para recuperarla”. Pero, es cada persona la que ha de decidir, con base en la educación recibida, si acepta los consejos, el apoyo y las medidas de prevención para eliminar los malos hábitos y evitar los factores de riesgo existentes para ella o él y sus hijos. También para darle apoyo a sus padres al envejecer, pues el anciano muere de tristeza cuando es abandonado por su familia, algo que vemos frecuentemente en nuestros hospitales con los internados (Jaramillo, 1993).

Es fundamental, en criterio de las personas relacionadas con el sector salud, que los padres se conviertan en los primeros promotores de salud de un país, ya que sus cuidados y ejemplos son básicos para el desarrollo y crecimiento de los niños. Por eso en todos los ebáis, se les debe dar lecciones a los padres de todo nivel social para ser concienciados y educados y que cumplan adecuadamente este rol. En todo caso, la promoción en salud, con sus dos componentes fundamentales (educación para la salud y mecanismos preventivos) es necesaria para obtener salud en una población. La educación para la salud consiste en informar a las personas sobre las costumbres o prácticas que deben seguirse para conservar la salud, evitando los factores de riesgo ya señalados; sus contenidos deben proporcionarse a todo nivel, como en el hogar, en la escuela, en los colegios, en las universidades, en los trabajos y en todo el país en general, por todos los medios de información posibles, tanto públicos como privados. El segundo componente se refiere a los diferentes mecanismos preventivos ya señalados, incluyendo en ellos los métodos de diagnóstico temprano de enfermedades (Jaramillo, 2005).

Como ya hemos visto, tener buena salud depende de muchos factores; para ello se requiere poner en ejecución diferentes medidas que ayuden a que se logre una mejor salud, no solo en las personas sino también en su medio ambiente. De esta forma, hemos dejado de ver la salud como un simple fenómeno biológico y aceptamos su íntima relación con los estilos de vida y con el medio en el que se vive. Por ello, todo el personal de salud de cualquier nivel, debe tratar de crear conciencia pública de la responsabilidad compartida que tenemos las personas, las familias, la comunidad y el gobierno, de cuidar la salud y de tratar a los enfermos a lo largo de toda la vida (Jaramillo, 1993).

En 1995, el Gobierno y las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social iniciaron la reforma al sector salud con el propósito de cambiar de una institución que daba servicios de atención de la enfermedad, el embarazo y la rehabilitación, solamente a los trabajadores del país y a sus familias, mediante la contribución económica de trabajadores, patronos y mínima del Estado; para crear en su lugar un sistema preventivo asistencial para toda la población (incluso para los no contribuyentes y los inmigrantes que son más de 400 mil). Para ello, se trasladó el sistema de atención primaria del Ministerio de Salud a la Caja y lo sustituyó por un sistema de 103 áreas de salud y de 1014 Ebáis; estos últimos distribuidos en diversas comunidades y conformado inicialmente por un médico general o familiar, un auxiliar de enfermería y un técnico en atención primaria en salud (algunos tienen más personal). Con eso se cubre ahora a un 94 % de la población (CCSS, 2012).

Con ello pretendía crear un sistema universal de medicina social como el que tienen los países desarrollados. Para ello, el Gobierno de turno se comprometió a dar el dinero necesario para la atención de los indigentes. La Caja se convertía así, en el primer país en vías de desarrollo en tener un “seguro social universal”. Lamentablemente, el Gobierno de esa época y los siguientes no cumplieron con dar los recursos financieros necesarios para poder implementar bien esa extensión de sus servicios; a eso se sumó la morosidad de muchos patronos. Por ello, la CCSS tuvo que tomar recursos del presupuesto que anteriormente destinaba a los hospitales y clínicas, para este nuevo sistema de los Ebáis; producto

de esto sobrevino un déficit en esas áreas, tanto en plantas físicas como en personal y equipos. En 1980, con una población de 2 348 000 habitantes había 6926 camas en los hospitales (2.94 por cada 1000 habitantes); en el año 2013, solamente había 5547 camas para 4 872 000 de habitantes (1.13/1000 h). Se habían perdido 1379 camas, pese al aumento de población, su envejecimiento y la elevación de las enfermedades y de los accidentes. En Alemania la tasa es de 8.2 camas y en Francia de 6.9. En 1985 se dieron 832 419 consultas de emergencia y en el 2010 fueron 5 660 387. Esto explica el grave colapso de los servicios de emergencia y las tardanzas en los internamientos por falta de camas, que pasaron de semanas a años (CCSS, 1980, 1984, 2010 y 2014). Al abarcarse a toda la población, se cubrió un santo pero se desveló a otro; aunque, eso sí, se cumplió con un postulado de justicia social, como es el de atender a todos. Sin embargo, esto significó sacrificar la calidad por la cantidad; y con esto, la salud y la vida de los enfermos se ha puesto en peligro. Por esta razón la CCSS está tratando de que esa “medicina integral” que ha estado implementando para mejorar la salud a nivel comunitario, junto con un mayor énfasis en los procesos de diagnóstico temprano; logren con el tiempo mejorar la salud de los costarricenses y solventar de esa manera las deficiencias que tiene en cuanto a tiempos de espera. La idea es tratar a la mayoría de los pacientes en sus propias comunidades, por una parte, mientras por otra espera que el Gobierno cumpla con el pago de los miles y miles de millones de colones que adeuda a la institución (Jaramillo, 2013 y CCSS, 1980, 1985, 2010 y 2014). Pero este problema que se arrastra por dos décadas, llevará años para ser resuelto.

A lo anterior se agrega uno de los problemas que han impedido a los Ebáis detener el flujo de pacientes hacia la consulta con especialistas de clínicas y hospitales. Y es que los enfermos que el médico general o familiar que lo atiende en esas clínicas, si el paciente sufre hipertensión, este quiere que lo remita al cardiólogo, si sufre de diabetes al endocrinólogo, si tiene artritis al reumatólogo, si tiene dispepsia al gastroenterólogo, si está embarazada, al obstetra y que le hagan un ultrasonido, etc., y así sucesivamente; y los médicos jóvenes, por tener poca experiencia o para evitar enfrentamientos con los pacientes, acceden al fin a eso (Jaramillo, 2013).

Conclusiones

Pese a lo anterior, la CCSS está tratando de mejorar en todos los sentidos su funcionamiento, para poder cumplir con los ideales en que se basan los servicios de la institución de equidad, solidaridad, igualdad, oportunidad y excelencia en el servicio; principios éticos que deben ser guías para la acción. De esta forma podremos, con la ayuda de todos, llevar a nuestro Seguro Social, en un país en vías de desarrollo, a ser un ejemplo para el mundo.

Además, se debe tener en cuenta el impacto de la globalización mundial de mercados que está en crisis económica y política, tanto en Europa como en Asia (específicamente, China) y en América; cuyos efectos repercuten en todo el mundo. Si las exportaciones de nuestro país descienden, habrá problemas económicos y sociales por disminución de las fuentes de trabajo y por el decrecimiento de los ingresos en los hogares. Esto se ve agravado por la violencia que sufre el país, debido en especial al narcotráfico; lo que, junto al alto costo de la vida que existe, puede alejar al turismo, que es la principal fuente de divisas. Si la economía del país se agrava, disminuirán las aportaciones de la empresa privada y del Estado a la Caja, lo cual repercutirá en la oportunidad y calidad de sus servicios. Por ello, el cuidado para conservar la salud es un problema de todos y cada uno de los habitantes del país y no solo del Ministerio de Salud y de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Bibliografía

Caja Costarricense de Seguro Social. 2016 "CCSS ofrece cobertura con Ebáis al 94% de la población". En línea (<http://www.ccss.sa.cr>)

Garrison, Fielding. 1966. *Historia de la medicina*. México D. F.: Interamericana.

Jaramillo, Juan. 1987. "Changes in Health Care Strategies in Costa Rica". Washington: PAHO Bulletin. 21(2) 136-147.

Jaramillo, Juan. 1993. *Salud y seguridad social*. Montes de Oca: EUCR.

Jaramillo, Juan. 1998 *Gerencia y administración de servicios médicos y hospitales*. San José: EUCR y Ednasss.

Jaramillo, Juan y Arrea, Carlos. 1998. "Status of Health and Medical Service in Costa Rica". 7th Annual Conference International Health Medical Education Consortium. EE.UU y Costa Rica.

Jaramillo, Juan. 2005. *Historia y filosofía de la medicina*. Montes de Oca: EUCR.

Jaramillo, Juan. 2012. *Importancia de la medicina en la sociedad*. Madrid. España: Editorial Académica Española.

Jaramillo, Juan. 2013. *La crisis en el seguro social de Costa Rica*. Montes de Oca: EUCR.

Anuarios de la CCSS. 1980, 1985, 2010, 2014. *Estadísticas*. En línea (<http://www.ccss.sa.cr>)

El modelo de atención de la salud requiere un nuevo tipo de profesionales

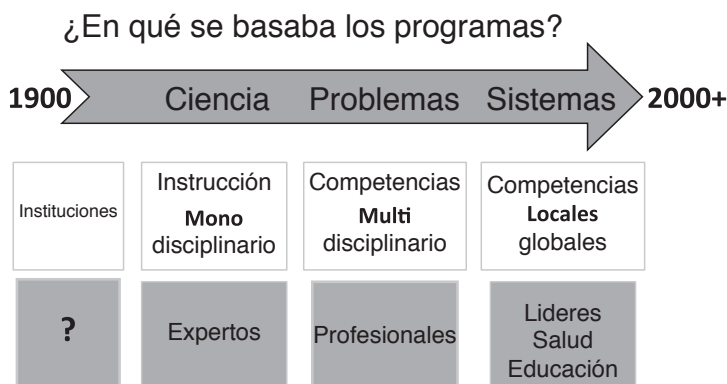
Carlos Arrea Baixench

¿Estamos brindando la preparación adecuada al personal de salud en las distintas escuelas que existen en el país? Los foros realizados durante el 2015 por la Academia Nacional de Medicina, el Colegio de Médicos y Cirujanos y la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, nos demostraron que no lo estamos logrando. Esto es una respuesta alarmante, si la consideramos en forma aislada, pero no tan grave cuando nos comparamos con el resto del mundo, donde solo muy pocos países lo han alcanzado.

La mejor forma de comprender las causas de estos resultados, se haya en un recorrido por la historia de los cambios en los planes de estudio de las escuelas encargadas de preparar a estos profesionales. Veremos cómo se varió el concepto de *tratar a los enfermos* por el de *educar para que las personas no se enfermen*. Esta última es la única forma de controlar el crecimiento casi exponencial de los costos en los sistemas de salud.

La figura 1 muestra la evolución que han tenido los planes de estudio de las escuelas de medicina, entre los años 1900 y 2000. La figura también insinúa que este cambio continuará presentándose.

Figura 1



Antes de 1900 existían instituciones que no eran universitarias ni tenían el mismo nivel de calidad, lo que se reflejaba en las distintas competencias que tenían sus graduados. En esto se basó el informe del Dr. Abraham Flexner (Flexner, 1910).

A partir de ese informe se implantó un plan de estudios sustentado en la ciencia, se aumentaron los conocimientos científicos y la instrucción debía darse en las universidades. Era una enseñanza monodisciplinaria (lo que cada uno aprendiera para aplicarlo en forma individual). La enseñanza de las ciencias básicas y el contacto con los enfermos se enseñaba con varios años de separación. No se tenía en cuenta la necesidad del estudiante de hacer un análisis de lo que debía aprender, para propiciar una mayor flexibilidad en la forma de hacerlo y coordinar mejor los conocimientos con la clínica. Al experimentar cómo aplicar sus nuevos conocimientos, sería más fácil para el estudiante aprenderlos y retenerlos.

Estábamos formando expertos que soñaban con el peligroso mundo de las especialidades, a las que accederían solamente los más aptos; y el resto apenas llegarían a ser profesionales con poca capacidad resolutoria. Esta es la forma en que se enseña en la mayoría de las escuelas del mundo, entre las que se incluyen las nuestras. Esto no significa que debamos suprimir los especialistas, lo que tenemos que controlar es que los sistemas de salud tengan sus bases en médicos generales bien preparados.

El siguiente cambio que se dio fue cuando se empezó a usar la enseñanza basada en el paradigma de problemas. Este tipo de enseñanza se podría definir en los siguientes postulados: a) el estudiante se integra a un grupo colaborativo para su aprendizaje; b) asume una responsabilidad en el estudio de paciente; c) desarrolla competencias y reflexiones sobre lo que se le ha asignado; y, d) es una enseñanza multidisciplinaria y motivadora en la cual el profesor juega un papel importante (Bale y otros, 2014).

Este es un cambio fundamental, porque se le enseña al estudiante de medicina a relacionarse con sus colegas y a integrarse a los equipos de trabajo. Esto facilita la comprensión que tendrá el futuro profesional de que la atención primaria es una estrategia fundamental para la promoción, conservación y recuperación de la salud; pues es en este nivel donde se comprende y aplica de mejor manera, la progresiva tendencia al tratamiento ambulatorio de los enfermos, así como el valor creciente de los aspectos sociales de la medicina. También se toma conciencia sobre la importancia de la participación de la comunidad y de la responsabilidad que esta tiene, en todos los aspectos relacionados con la salud.

Se forman así profesionales que se relacionan y comparten conocimientos en beneficio de los pacientes, quienes deben ser siempre lo fundamental. No se desarrolla la competencia individual entre ellos, pues lo importante son los resultados obtenidos por los equipos encargados de la salud.

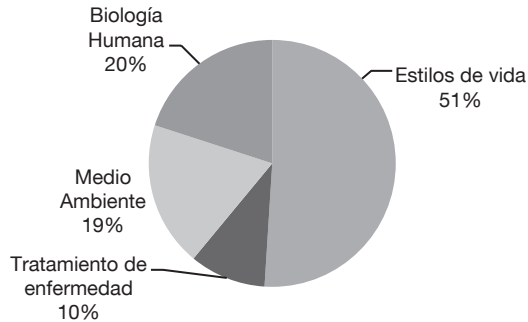
Lo expuesto obliga a evaluar las escuelas de salud no solo por los criterios académicos de admisión al claustro y otros referidos a la propia institución, sino también por la calidad del egresado en sus competencias y desempeños, locales y globales, para constituirse en líderes del binomio salud – educación.

Sin este tipo de líderes no conseguiremos poblaciones sanas y tampoco podremos controlar el gasto en salud, que ha tenido un crecimiento continuo y acelerado. Sin los cambios expuestos, no habrá país en el mundo que pueda financiar un sistema de salud.

Así mismo los determinantes sociales de la salud adquieren mayor peso en las sociedades tal como puede verse en el figura 2 formado con datos tomados de Instituto de Medicina Schroeder (Schroeder, 2007) .

Figura 2

Determinantes sociales de la salud



Podemos apreciar el gran peso que tienen en la salud, el estilo de vida y el medio ambiente, con un porcentaje de 70 %, el manejo de la enfermedad tiene tan solo el 30 %; sin embargo los modelos de enseñanza que usamos y que tienen la mayoría de los países, dedican más del 80 % de su tiempo de educación a lo relacionado con ese 30 % (manejo de la enfermedad). Es fundamental que cambiemos este enfoque.

El tercer cambio no solo es multidisciplinario, sino que involucra a la sociedad e insiste en formar líderes del binomio salud-educación.

Otros factores que deben cambiarse

El aumento de los enfermos de la tercera edad, debido a la mayor esperanza de vida, obliga a tratamientos complejos y de alto costo, donde son importantes los protocolos de tratamiento. Estos protocolos deben estar en los sistemas informáticos de las computadoras del personal de salud, para que se puedan consultar con facilidad y permitan controlar que se están cumpliendo.

En algunos casos, el plan de tratamiento lo deben planear los especialistas, pero el control frecuente que ellos requieren tiene que hacerse con médicos generales, que cumplan los protocolos y se puedan comunicar o referir a los expertos cuando la evolución de los pacientes no sea la esperada.

Se puede destinar algunas de estas funciones a otros miembros del equipo, como enfermeras, trabajadores sociales, etc.; siempre siguiendo los protocolos. Esto facilitaría la atención de los pacientes, haciendo más frecuentes sus consultas, sin aumentar las listas de espera.

Estos enfermos requieren comprender bien su enfermedad y la importancia de cumplir su tratamiento, por lo que el fundamental que tengan contacto repetido con un equipo de salud bien preparado. Para lograr lo anterior, algunos países han creado cursos cortos de postgrado para ampliar y unificar los conocimientos de los recién graduados.⁴

Cada día, el uso de tecnologías modernas en la enseñanza, tales como internet, se vuelve más útil. En el mundo virtual en el que vivimos y con la gran cantidad de aparatos portátiles eficientes, se constituyen en un recurso que debemos aprovechar, porque permiten una gran retroalimentación del estudiante con enorme flexibilidad en el uso de su tiempo. Esta tecnología tendrá cada día mayor

cantidad de aplicaciones. El uso de programas y módulos diseñados para utilizar en gran escala, facilita y mejora el aprendizaje en las diferentes escuelas, consolida criterios y abarata los costos. La medicina exponencial que ya vivimos, permite que una operación realizada en Europa en un centro de excelencia, la puedan ver 13 864 cirujanos en 132 países y en 1100 ciudades. Esto tendrá un gran impacto en la preparación de los profesionales (Grossmann y Ahmed, 2015).

Otro recurso que debe usarse son los simuladores, que van a permitir a los estudiantes adquirir competencias en situaciones difíciles, ya que en la práctica clínica no van a tener muchas oportunidades de verlas. Por otro lado, al tener la facilidad de que los eventos se puedan repetir muchas veces, se intensifica su aprendizaje y, cuando lo tengan que emplear en un enfermo, lo van a hacer bien. Desde luego, no significa que se deba eliminar la enseñanza directa con los pacientes, pero sus ventajas son innegables. Todo lo anterior tiene que ser supervisado por tutores, para que no se cometan errores, aun simulando (Watson y Jolly, 2012).

Las escuelas tienen que valorar mejor el entusiasmo que los profesores pongan en la enseñanza. Se han realizado estudios comparando los maestros que tienen mucho conocimiento con los que lo que tienen es pasión y entusiasmo por enseñar; y son estos últimos quienes logran que sus conocimientos penetren más y el estudiante los retenga mayor tiempo. Esto es algo que desde el siglo XIX se ha conocido, Ralph Waldo Emerson lo expresó muy bien en estas frases: "Nada grande se ha realizado nunca sin entusiasmo"; "El secreto de la educación consiste en respetar al estudiante. Los grandes profesores reconocen que la relación estudiante-profesor debe ser bidireccional" (Bale y otros, 2014).

Hay que enseñar al estudiante a usar la tecnología de la comunicación en todas sus modalidades, convencerlo de que es una herramienta que facilita la relación entre los miembros del equipo médico y entre estos y los pacientes. Con ella se pueden resolver muchos problemas sin transportar a los enfermos, lo cual evita crear centros con gran tecnología en todos los lugares. En los Estados Unidos, analizando un billón de consultas, se determinó que en el 80 % de ellas no era necesario un contacto físico con el paciente y que se podían hacer por telemedicina; esto permitiría un ahorro de \$5 billones, en un país con medicina privada y donde las consultas tienen un tiempo de espera de 20 días (periodo que se vería reducido en algún margen) (Grossmann y Ahmed, 2015).

Muchas de las recomendaciones expuestas van a promover una relación entre los profesionales en salud y los pacientes respetuosa, comprensiva de sus problemas y sentimientos, solidaria y equitativa. ¡Algo en lo que se debe insistir!

Además, los profesionales de la salud deben conocer bien todas las modalidades de la tecnología informática, que es la que les va a permitir el análisis crítico de los datos y los llevará a tomar las mejores decisiones.

Ponerle atención al buen uso de los recursos disponibles en cada lugar, para una buena gobernanza que no se aparte de las realidades económicas de cada lugar, es algo que las escuelas deben enseñar. Cuando lo hacen, el líder del binomio salud-educación, puede hacer comprender al paciente, a los medios de comunicación y a la comunidades, que con mejores estilos de vida y con mejores ambientes se puede lograr una buena salud, menos cara.

Los productores de la tecnología de punta mercadean sus equipos y medicinas en todos los medios de comunicación, directamente al público, para que él los considere una necesidad imprescindible y los exija a los sistemas de salud. Eso es lo que ha encarecido estos servicios.

El recurso de médicos generales con buena preparación es la forma en que han resuelto la mayoría de los problemas los sistemas de salud que están mejor catalogados. Esto tiene que quedar muy claro y debemos poner empeño en lograrlo.

Nuestras escuelas de medicina y las que preparan al resto del personal de salud, apenas empiezan a avanzar en la larga ruta de las recomendaciones que se han comentado. Este camino no es fácil ni se recorre rápidamente, se requiere tiempo para estos cambios, que son necesarios y urgentes. Hay que poner empeño en lograrlos.

Para hacerlos realidad, hay que hacer acuerdos entre las escuelas que los forman y las instituciones gubernamentales que los emplearán. Estos acuerdos se deben basar en las capacidades y competencias, donde una uniforme preparación básica sea obligatoria y el más importante requisito para asignar los puestos; y nunca por medio de una rifa, donde algunos quedarán eliminados. El internado es necesario para completar la formación profesional. La salud del pueblo no se debe poner al azar de una rifa.

Referencias

Bale, Emily et al. 2014. Publishing models and article dates explained. En: *Medical Teacher*. Vol. 36, Issue 1. pagina 9 5,100

Flexner, Abraham. 1910. Medical education in the United Sates and Canada. New York: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. En línea: http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

Grossmann, Rafael y Shafi Ahmed. 2015. *AR/VR & Visioning The Future of Medical Education with Rafael Grossmann & Shafi Ahmed*. En: *Exponential Medicine*. En línea: <https://exponential.singularityu.org/medicine/arvr-visioning-the-future-of-medical-education-rafael-grossmann-shafi-ahmed/>

Schroeder, Steven A. M.D. We Can Do Better — Improving the Health of the American People N Engl J Med 2007; 357:1221-1228 September 20, 2007 DOI: 10.1056/NEJMsa073350

The Future of Medical Education in Canada (FMEC)/ A Colective Vision for MD Education: canada pgmedicaleducation-5 copy.

Hacia una CCSS centenaria

María del Rocío Sáenz Madrigal

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), patrimonio de los costarricenses, surgió gracias al pacto social y político que suscribieron los representantes de la Iglesia Católica, el Gobierno de la República y el Partido Comunista. Fue el resultado de una inusitada y trascendental alianza, cuyas bases y principios le han permitido enfrentar y superar embates y desafíos, a lo largo de 75 años al servicio de la población.

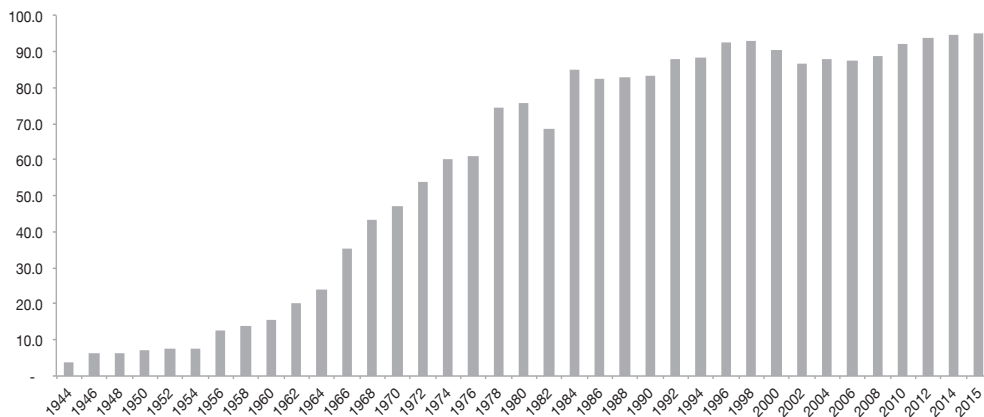
Esta entidad, orgullo de nuestro país, no solo ha cumplido cabalmente la función constitucional que se le encomendó, sino que ha ido más allá. Ha evolucionado extraordinariamente y se ha transformado, en concordancia con el signo de los tiempos, fijando su norte en la ruta de atender –y satisfacer– las demandas de una población costarricense cada vez más informada, exigente y longeva.

En sus albores, la CCSS era una entidad exclusiva para la población trabajadora, su radio de acción se limitaba al área urbana, el tope de cotización era de ₡400 y administraba un solo hospital. Una rigurosa revisión y lectura de su misión, generó el avance hacia nuevas perspectivas; surgió así el concepto de la universalización y en cada generación fueron reorganizados los servicios de salud, a fin de obtener un sistema menos fragmentado y menos segmentado.

La CCSS es una de las pocas instituciones de Costa Rica presente a lo largo y ancho del territorio nacional, a través de sus diversos programas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Esto lo ha logrado gracias a una red de servicios conformada por 29 hospitales, 104 áreas de salud, 1041 Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebáis) y 718 puestos de visita periódica. Pero también, a través de sus programas de protección social y del régimen de invalidez, vejez y muerte (IVM), que es el régimen de pensiones más grande que existe en el territorio nacional y que constituye la base de ingreso de la población pensionada.

Costa Rica cuenta con un sistema de salud único en el mundo, que presta servicios integrales basados en un modelo de seguridad social que le permite alcanzar una cobertura del 94 % de la población. Su oferta de servicios va desde la promoción de la salud hasta los cuidados paliativos. Ese camino es muy distinto al recorrido por otras naciones, en las que la seguridad social tiene una participación restrictiva y marginal. Pero, este sistema que ha sido exitoso, tiene que adaptarse a la nueva coyuntura social, política y económica.

Evolución de la cobertura administrativa del seguro de salud Periodo 1944-2015



Nuevos retos

El gran reto del siglo 21 es darle la mejor atención de la salud que sea posible a la población, sin comprometer los recursos necesarios para construir el bienestar de las futuras generaciones. Sobre todo en un contexto de grandes cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, tecnológicos, sociales y de gestión.

El enorme reto actual es continuar una senda con una dirección clara y pasos firmes, que nos permita arribar en el 2041 a una Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) centenaria, capaz de repensarse y de sortear todos los obstáculos que se le pongan en el camino, tal y como lo hizo en el pasado.

El planteamiento es ambicioso, pero si nos lo proponemos podemos tener, en el año 2041, una institución más solidaria, innovadora, sostenible, eficaz, transparente, profundamente humana y con un enfoque ciudadanocéntrico.

Mas para lograrlo, se requiere la participación y la visión compartida de todos los que trabajamos para esta institución, así como de diferentes actores sociales que confluyen en la sociedad costarricense. Una ruta de tal dimensión, humana y estructural, no se construye desde las jerarquías ni tampoco de la noche a la mañana, se edifica proponiendo, analizando, discutiendo o ensayando nuevas formas de hacer las cosas. Todo esto con el propósito de fortalecer a esta gran institución, a fin de que pueda ofrecer la mejor salud a la sociedad costarricense.

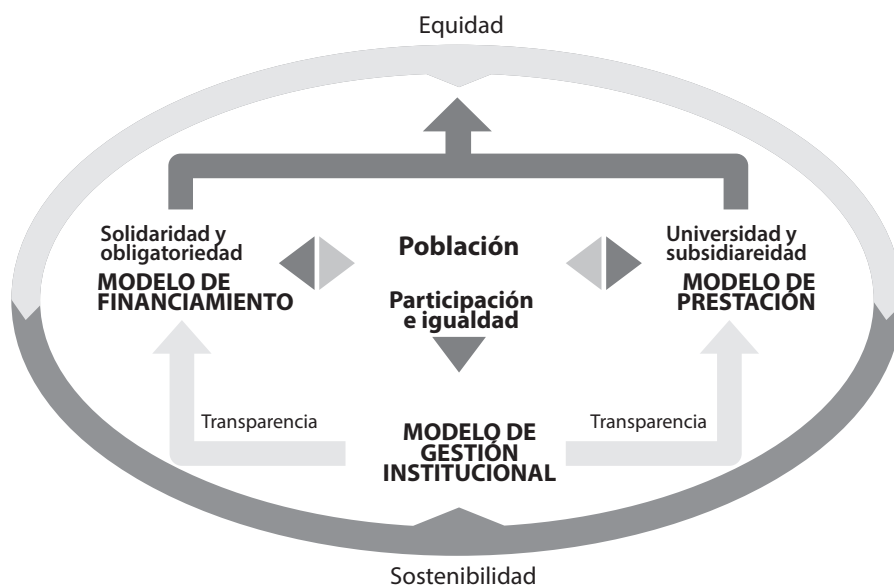
La estrategia para llegar a esa institución centenaria, debe partir de su misión, su visión, sus principios filosóficos y de su cultura y comportamiento organizacional. En esta visión debe delinearse un fuerte trabajo para garantizar la sostenibilidad financiera, lo que implica garantizar los recursos suficientes para que las generaciones venideras alcancen niveles equivalentes de bienestar, según sus necesidades y preferencias de vida.

Como país, debemos tener claro que no es sostenible, un proyecto de desarrollo excluyente. No es aceptable que por las vías de la segmentación o de la fragmentación, se excluya a uno o varios grupos de la población, del mejor estado de salud viable y asequible según nuestro nivel de desarrollo. La equidad y la sostenibilidad son, por ende, principios y destinos interdependientes del desarrollo y del bien común, a los cuales se llega desde distintas rutas históricas e institucionales, en la construcción de la cobertura universal y efectiva en salud.

La equidad y la sostenibilidad con enfoque ciudadanocéntrico, deben constituirse en el marco ético de referencia para la seguridad social costarricense. La inequidad lleva consigo una carga y una dimensión moral y ética del desarrollo humano, que confronta lo que es con lo que debe ser (resultados-impactos en salud) por la simple y profunda razón de que se debe tener siempre presente lo que es posible y asequible para la sociedad.

Un diálogo social para encontrar una solución propia, ajustada a las condiciones y decisiones del país, es una condición necesaria. La ruta hacia la equidad y la sostenibilidad no es una tarea exclusiva de los sistemas de salud ni de la seguridad social, sino que involucra a múltiples actores sociales.

Equidad y sostenibilidad con enfoque ciudadanocéntrico **Un marco ético de referencia para la seguridad social costarricense**



Es fundamental crear una cultura de salud

Y en la ruta hacia esa entidad centenaria, es necesario también repensar las estrategias que permitan fortalecer el modelo de prestación de servicios de salud con base en las necesidades de la población. Todo esto bajo una lógica de redes integradas de salud, tomando en cuenta la carga de enfermedad y el entorno cultural, social y económico en que se desenvuelve cada usuario.

Estas estrategias de fortalecimiento del modelo de prestación de servicios de salud, deben conducir a una mayor satisfacción por parte de los usuarios, mejoras en el acceso a los servicios, una población más informada y participativa en el autocuidado de su salud, un acercamiento de los servicios, una mejor utilización de los recursos disponibles y, sobre todo, que las personas estén en el centro de todas las decisiones institucionales.

Lo anterior implica también complementar la labor institucional hacia la protección de la salud de la población y no solo de la enfermedad. Se requiere construir una cultura de salud mediante la cual se fomente el autocuidado y se pueda enfrentar, individual y colectivamente, la carga de enfermedad que afecta a la población. Esto por cuanto se sabe que los padecimientos crónicos le quitan a la población, en promedio, 10 años de vida saludable.

La creación de esta cultura de la salud pasa por el fortalecimiento del primer nivel de atención, que es el nivel donde se realizan la mayor cantidad de acciones de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Dice Miguel Ángel Asenjo (1999), en su libro *Las claves de la gestión hospitalaria*, que en la atención primaria se gastan 18 unidades y se realizan 11 atenciones, mientras que en hospitalización, con 45 unidades de gasto se realiza una sola atención. Esta lógica muestra el por qué debemos fortalecer aún más las acciones de promoción y prevención de la enfermedad, no solo por razones económicas, sino para asignar y garantizar la continuidad de la atención.

Mejorar la gestión es clave

El otro eje estratégico al que tiene que apostar la CCSS hacia la ruta centenaria, es aquel relacionado con el fortalecimiento de la gestión institucional, para dar respuesta a las demandas de la población.

La agenda de fortalecimiento de la gestión institucional plantea toda una cadena de acciones que procuran el uso eficiente de los insumos y recursos y la búsqueda de un mayor impacto de los servicios institucionales para la población. Y, en esta agenda de fortalecimiento, algunas acciones que es pertinente plantear tienen que ver con la necesidad de una mejora continua, por un lado; y, por el otro, el fortalecimiento de la evaluación.

La evaluación es una actitud y debe estar inserta en el desarrollo institucional, de tal manera que permita revisar todo lo que hace la institución, cómo lo hace y cuáles son los puntos de mejora. La CCSS debe aprender a contrastarse con otros grupos de trabajo, dentro y fuera de la misma institución, para identificar puntos de superación.

No podemos olvidar que la CCSS es una institución prestadora de servicios de salud y, como tal, sus funcionarios somos personas que trabajan con personas y para las personas. Entonces, la gestión de los trabajadores de la institución es un elemento estratégico en este planteamiento.

Otro aspecto que no se puede dejar de lado es la gestión del riesgo. La CCSS debe desarrollar la capacidad de identificarlos y atenderlos oportunamente y no solamente en forma reactiva. Ese es un cambio que se dice a veces muy fácil, pero que en la cultura institucional requerirá todo un desarrollo de herramientas, instrumentos y guías para abordarlo.

El tema de fiscalización y control también merece atención. La CCSS es una de las instituciones más observadas por la sociedad costarricense, pero además existen entidades como la Contraloría General de la República, la Defensoría de los Habitantes y la Sala Constitucional, que tienen, por disposición legal, esa función de fiscalización y control del accionar institucional.

Ese dinamismo institucional y su complejidad, hace que la institución esté en un proceso constante de ebullición, de discusión y de análisis. Se trata de una intensa dinámica que, enhorabuena, no acabará nunca, porque precisamente esto es lo que explica su vigencia y su legitimidad frente a su gran objetivo en esta ruta centenaria: proteger la salud y garantizar las pensiones de la población de Costa Rica.

Es momento de hacer un fuerte llamado aquellos sectores vinculados a la CCSS, tales como trabajadores, gremios, usuarios, la Academia, grupos sociales, patronos y partidos políticos, para que tomen conciencia del impacto positivo o negativo que tienen en el futuro de una institución o una sociedad, las acciones y las decisiones que se toman a diario. Existe una obligación de repensar el futuro de una CCSS centenaria.

Se debe reproducir, en el diario contacto con nuestros usuarios, un llamado a la solidaridad y una invitación a compartir una ruta de bienestar, alivio, consuelo y protección, que reproduzca y multiplique en el tiempo las voluntades de patronos, trabajadores y el Estado. Se debe construir una patria justa, en la que la distribución de los recursos y los resultados de su crecimiento sean la guía, una patria con salud para todos y todas, una patria con derecho a la protección social, la patria que no puede ser imaginada sin una CCSS centenaria.

Bibliografía

Asenjo, Miguel Ángel. 1999. *Las claves de la gestión hospitalaria*. Barcelona, España: Gestión 2000 SA.

Caja Costarricense de Seguro Social. 2016. Plan estratégico 2015-2018.

Caja Costarricense de Seguro Social. 2016. Proyecto de fortalecimiento de la prestación de los servicios de salud.

Miranda, Guido. 1998. *La seguridad social y el desarrollo de Costa Rica*. San José: EDNASSS. Segunda edición 1994.

Nuevos paradigmas en las relaciones obrero- patronales para la sostenibilidad de la seguridad social

José Manuel Salas Carrillo

Nuevas formas de trabajo

La estabilidad del sistema de la seguridad social descansará en la adaptación de la CCSS a nuevas formas de trabajo. El grupo más fuerte de trabajadores que está ingresando al mercado laboral es el de los *millennials*, aquellos nacidos a principios de siglo. Anhelan fluidez, influencia y retroalimentación. Desean trabajar cuando y donde sean más productivos. Es una generación marcada por la tecnología, que requiere flexibilidad de horario para administrar su propio tiempo y prestaciones a la medida de sus necesidades. Dentro de los efectos de este grupo en la empresa se detecta la innovación, creatividad en la búsqueda de soluciones, capacidad para la dirección y una alta productividad. Sus medios de comunicación son las redes sociales.¹

La otra característica del mercado laboral es que los trabajadores no tendrán un solo empleo, sino dos o tres, en períodos cortos de tiempo; debido sobre todo al anhelo de libertad que caracteriza a los *millennials*.

Ante el creciente desafío en la infraestructura vial, más empresas adoptarán el sistema de teletrabajo, lo cual conlleva una menor relación y cohesión dentro de la empresa. Es necesario adoptar los mecanismos necesarios para localizar y tipificar este tipo de relación laboral.

Costa Rica ha apostado por un creciente manejo de servicios, que desde su localización en el país, brindan apoyo al resto del mundo. Los trabajadores de estos sectores pueden estar invisibilizados por el lugar en el cual trabajan, también porque pueden laborar en otros países y pertenecer a la misma compañía. Obviamente, esta forma de trabajar se hará cada día más común.

Según la Promotora de Comercio Exterior de Costa Rica², en este momento los principales rubros de servicios que ofrece el país están en las siguientes áreas:

- a) Arquitectura, diseño e ingeniería.
- b) Turismo de salud.
- c) Servicios en el sector audiovisual.
- d) Tecnologías de información y comunicación.
- e) Animación digital.

1 Manpower Group, "Llegan los Millenials al mercado laboral", accesado el 1 de julio de 2016, a través de www.manpowergroup.com.mx.

2 Sitio web de Procomer, "Exportamos diversidad al mundo", accesado el 1 de julio de 2016 en: <http://www.procomer.com/es/sectores-exportadores-costa-rica>

Los esquemas de trabajo de estas empresas tienen ciertas diferencias con las tradicionales formas de contratación. No laboran todos en un mismo centro de trabajo. El trabajo lo pueden realizar desde sus casas. Muchos de ellos pueden ser contratados por servicios profesionales, sin que esto implique desmotivación para el pago de las cargas sociales. Cualquier momento del día puede ser considerado como hábil para el desempeño de sus obligaciones. La información estará en la nube, introduciendo el tema de Big Data, sobre información que será manejada no necesariamente desde el país, sino en cualquier parte del mundo.

Desarrollo de la tecnología

La CCSS debería darle más espacio a los ingenieros industriales. Se debe apostar al *big data*. Sistemas interconectados con el sector empresarial.

Todo el panorama que nos ofrece el futuro en las empresas, lejos de presentar un problema para la CCSS, más bien se transforma en una gran oportunidad de modernizarse. La institución deber ir más allá de lo logrado en los últimos 20 años.

La CCSS deberá desarrollar un sistema tecnológico que cubra cada una de las opciones de las nuevas formas de trabajo y de almacenamiento de información por parte de las empresas. Es importante el ajuste de sus sistemas para que estén interconectados con las empresas para que en forma automática se ajusten a la realidad. El control sobre las empresas deberá hacerse vía internet y no tanto de forma presencial, como se realiza actualmente. La institución, en la medida que se adapte a esta nueva realidad, podrá captar más asegurados. Una adecuada coordinación con las empresas hará más rápida y eficaz la transición hacia este nuevo panorama.

De esta forma se disminuiría la informalidad y, a la vez, se tendría los datos en forma ágil de una manera más profesional y especializada. La institución debe hacer un gran esfuerzo para reducir el excesivo número de trámites que actualmente debe realizar el sector empresarial y, en alguna medida, el trabajador; trámites excesivos que desmotivan a los interesados.

La fortaleza de este tipo de acciones necesariamente debe estar concentrada alrededor de los ingenieros industriales. La institución tiene una serie de departamentos de esta naturaleza, a lo largo del territorio nacional; sin embargo, su trabajo se disemina ante la falta de personal en las unidades y una coordinación nacional.

Se debe recordar que los ingenieros industriales son capaces no solo de trabajar en el área de logística, como se realiza actualmente, sino también en las siguientes áreas:

- a) Sistemas de información. Un error de percepción es darle la prioridad a las personas encargadas de tecnologías de información para el suministro de los datos correspondientes. Sin embargo, la determinación de quién necesita esa información no debe estar a cargo de los TI sino de los ingenieros industriales, que son los que diseñan el proceso y sus usuarios. Esto implica una reducción en el margen de tiempo para las decisiones. Igualmente, la institución monitoreará la situación de las planillas en las empresas en tiempo real, lo que implica una gran coordinación entre la CCSS y la empresa. Desde un punto de vista de beneficio mutuo, la confianza entre ambos grupos debe ser la clave para el trabajo conjunto. Esta confianza deberá fortalecerse a través de planes piloto que involucren a las empresas, donde ambas partes dispongan del uso de la información en forma conjunta y en tiempo real. El éxito de estos programas radicarán en los resultados positivos de los planes piloto que permitan a ambas partes visualizar el tipo de información y de confidencialidad requeridos.

- b) Hospitales: Los ingenieros industriales, deben coordinar en los hospitales todo un sistema de información para que los directores médicos tengan una visión completa de la actividad de su hospital o clínica y les ayude en la toma de las mejores decisiones. Variables como la ocupación de camas, tiempos de los diferentes procesos, efectividad de las salas de operación, tiempos de reparación para los equipos que fallan y el mantenimiento en general, son parte de lo que actualmente se denomina POP, por sus siglas en inglés. (*performance and order prioritization*, actuación y priorización)³. Bajo este esquema se alinea el trabajo sobre las máquinas y el equipo, el personal de *staff* y los procesos, de manera que se optimice el trabajo.

Estructura de cobro de las cargas sociales

Un elemento importante en las relaciones de las futuras empresas con sus colaboradores y la Caja Costarricense de Seguro Social, es la estructura de cobro de las cargas sociales.

Analizando la futura composición del mercado laboral costarricense, liderados por los nuevos integrantes del mercado, los *millennials*, se dará un importante crecimiento en los empresarios con perfil de emprendedores. Este tipo de negocio, que actualmente se pretende impulsar a través del Sistema de Banca para el Desarrollo, necesita de un capital inicial para su negocio; y requiere contratar personal sin tener ingresos de efectivo al momento de inscribirse en la CCSS. La institución deberá proveer un sistema que permita un cobro escalonado durante el período de inicio de la empresa; de forma que cuando el nuevo patrono obtenga ingresos, pueda cobrarse lo adeudado. La debilidad que puede presentar este esquema es que solo el 30 % de las empresas bajo este esquema de emprendedurismo sobreviven después de tres años. Pero, es aquí donde la institución deberá coordinar con el Ejecutivo para hacer el programa viable. De otra forma, estos emprendedores siempre van a existir, pero van a crecer a la sombra de la informalidad, aspecto que no le sirve ni al Ministerio de Hacienda ni a la CCSS.

El otro grupo grande que se debe atender son los trabajadores y trabajadoras que laboran menos del tiempo máximo por semana en varios lugares. El sistema de pago que opera actualmente es un “incentivo perverso” hacia la informalidad, ya que se le aplica el mínimo contributivo a dicha relación. Esto debido a que el pago de cargas sociales es tan elevado en relación con el salario, que dicho pago se vuelve inmanejable.

La institución deberá establecer un sistema de información en el que se pueda unir a todos los patronos de estos trabajadores y dividir entre ellos el mínimo contributivo. El impacto positivo que tendría este sistema en la CCSS es la visibilización de algunos patronos que trabajan actualmente en la informalidad.

El establecimiento de una relación muy directa con los nuevos empresarios y trabajadores jóvenes para que conozcan la importancia de la contribución a la seguridad social, no solo a nivel de atención de la salud sino a nivel de pensiones, es vital. Las mejoras introducidas en la Ley de Protección al Trabajador le garantizan al trabajador una pensión más digna. El problema es la información que están recibiendo nuestros jóvenes en la dirección de que el sistema de salud está obsoleto y el de pensiones está quebrado. Nada más lejos de la realidad. Pero la institución debe hacer toda una campaña para que los jóvenes tengan la percepción correcta sobre el verdadero impacto de la CCSS en la vida del costarricense.

3 Alex Bohn. 2016. What are the right questions in hospitals? En: *ISE Magazine*, 48: 5, mayo.
En línea: <http://www.iienet2.org/ISEMagazine/Issue.aspx?IssueMonth=05&IssueYear=2016>.

Un detalle que puede impactar los ingresos de la institución, para beneficio de todos, es la aprobación de un proyecto de ley que permita el cobro de una determinada cantidad de dinero a los turistas que vayan a estar como mínimo una semana en el país. Este cobro funcionaría como un seguro médico mientras se prolongue la visita al país. De todas maneras, los visitantes, en el caso de tener alguna enfermedad o sufrir un accidente durante su visita, recurren en primer lugar a los servicios de la CCSS. Lo único que la institución debe hacer es velar porque esto no se preste para prácticas ilegales que puedan perjudicarla.

El último punto a analizar en este acápite es el del cierre de las empresas por morosidad. La institución ha hecho cambios positivos en la normativa para los arreglos y los convenios de pago, lo que le ha permitido recuperar importantes sumas de dinero. Y teniendo claro que la CCSS no gana nada con el cierre de las empresas, se debe normar para que el tiempo del que dispone el empresario para solucionar su problema, sea el adecuado. Condenar a una empresa a un cierre temporal prolongado, hará prácticamente imposible su reapertura.

Optimización del sistema de salud

Los lineamientos brindados en los puntos anteriores van en la dirección de permitir a la CCSS mantener el nivel en los servicios de salud y de pensiones que demandan la actual situación del mercado laboral.

El tema de la productividad ha sido discutido ampliamente en la institución, pero no se ha concretado como debiera. Sus 50 000 trabajadores deben saber que el sistema va a continuar funcionando si el tema de la eficiencia se antepone diariamente a métodos antiguos de trabajo que ya han sido totalmente superados. La utilización de las salas de operación en forma óptima, la adaptación de las jornadas de trabajo por medio de la inclusión de jornadas mixtas y nocturnas y un adecuado sistema de mantenimiento de la infraestructura hospitalaria, permitirán una reducción sustancial en los costos y una mayor eficiencia en el trato del asegurado.

Es importante continuar con una campaña entre los asegurados para el uso adecuado de los servicios de salud. Con la incorporación de un sistema georreferenciado de las empresas cotizantes y el expediente electrónico de los trabajadores, se evitará la duplicidad en el disfrute de los servicios.

No es conveniente la utilización del tercer nivel de atención de la salud, cuando el servicio se puede brindar en el primero o en el segundo nivel. Para ello, es importante la reducción en las listas de espera, para que el asegurado no siga con la práctica de utilizar los servicios de emergencia, porque por cualquier otro medio el tiempo de atención es lejano. Se debe dar una mayor especialización del primer nivel de atención.

Conclusiones

1. La CCSS debe adaptarse a las nuevas formas de trabajo que implican sistemas que no pueden ser definidos, como se hace en la actualidad. No hacerlo de esa forma llevará a un aumento de la informalidad, la disminución de sus ingresos y el deterioro de los servicios de salud.
2. Las nuevas formas laborales, basadas en los servicios y no en la manufactura y la agricultura -como ocurría antes-, requieren de un sistema tecnológico muy ágil que permita trabajar conjuntamente con las empresas y con los mismos trabajadores para detectar situaciones irregulares. Este sistema debe basarse en el manejo de *big data* (macrodatos o datos masivos), de forma que se permita dar seguimiento en tiempo real y una solución al problema de la capacidad de banda ancha, que tantos problemas le provoca a la CCSS.

3. La institución deberá brindarle prioridad al trabajo de los ingenieros industriales para el diseño de procesos efectivos que optimicen los tiempos de respuesta en áreas tan importantes como la inscripción de empresas y trabajadores, la respuesta de los servicios de emergencias, el uso del nivel de salud adecuado y todo lo relacionado con las pensiones.
4. Se le deberá dar seguimiento a los resultados de los servicios de salud para conquistar a los nuevos trabajadores y que se inscriban en los servicios sociales de la institución. Una campaña de concientización sobre la conveniencia de contribuir con la seguridad social y la proyección a largo plazo, es muy importante para minimizar el pensamiento de los *millennials* de que los servicios de salud y de pensiones están obsoletos.
5. La solución a la atracción de trabajadores que laboran por hora y que devengan salarios menores al mínimo de cotización, es una prioridad. Dejar de lado esta solución es un error histórico, cuyo impacto negativo se visualizará con el transcurso del tiempo. La adaptación de la CCSS a este tipo de trabajadores es fundamental para el sostenimiento financiero del régimen de salud, a mediano y largo plazo.
6. Finalmente, con las nuevas formas de trabajo, es importante que la institución no pierda una constante comunicación con el sector empresarial y el laboral, ya que las mejores soluciones a los problemas futuros, solo podrán darse a través del consenso entre las partes interesadas.

El nuevo paradigma en las relaciones laborales

Mario Devandas Brenes

Introducción

Las relaciones laborales presentan cambios sustantivos motivados en el proceso de globalización, en el acelerado cambio tecnológico y en la transformación del capital. Tres aspectos que se imbrican no solo para transformar el mundo del trabajo, sino también a la sociedad mundial en sus diversas manifestaciones.

La aplicación de los cambios tecnológicos a los procesos productivos y a la vida cotidiana, provoca modificaciones continuas y aceleradas, de manera tal que se aceptan con absoluta naturalidad.

El capital se ha movido desde los sectores agrícola e industrial hacia el de los servicios, pero sobre todo, hacia el capital financiero. Este último concentra el poder en el mundo actual.

Se puede aceptar que la globalización se inició cuando el *homo* empezó a desplazarse por el planeta desde el norte de África. Se trata de un proceso esencialmente explicable a partir del desarrollo de las fuerzas productivas que da cuenta de la construcción de la herramienta, del surgimiento del excedente, del establecimiento de la esclavitud, de la expansión de los grandes imperios de la antigüedad -incluidos los de nuestro continente antes de la conquista europea- y también de su caída. Entre lo que más nos acerca al mundo que hemos conocido hasta hoy, debemos resaltar la destrucción del mundo feudal y la construcción de los estados nacionales, teniendo como hito de este periodo, la Revolución Francesa. Se puede afirmar que el surgimiento del capitalismo es una especie de big bang cuya expansión y violencia aún se está experimentando. Debemos recordar el establecimiento en el siglo 19 de un colosal Imperio Colonial, Europa se repartió el mundo, solo el Reino Unido dominó unos 28 millones de kilómetros cuadrados (más de la quinta parte de superficie total del Globo) y una población de más de 400 millones de habitantes.

Esos estados nacionales hoy empiezan a ser erosionados, hasta el punto que puede afirmarse que sus días están contados. Podemos entonces observar que estamos ante cambios radicales y, por tanto, ante retos extraordinarios.

El ímpetu del capital se niega a reconocer límites y las contradicciones que se van acumulando presagian tormentas políticas; de las cuales ya se han presentado los primeros síntomas. Algunas de ellas son de viejo cuño, como el conflicto con la mayor parte del mundo musulmán; otras son novedosas, si incluimos la situación política de España, el *brexit* y el inducido reacomodo de fuerzas políticas en el sur de nuestro continente.

Dentro de las contradicciones destaca la creciente desigualdad entre países y al interior de cada país. De acuerdo con el director de la OIT, en su último informe a la Asamblea General de ese organismo 319 millones de trabajadores en el mundo se ven obligados a sobrevivir con \$1,25 al día. El desempleo, el trabajo informal, la explotación infantil y de las mujeres y el irrespeto a los derechos laborales, son características del mundo laboral de hoy.¹

Además, en su afán desregulatorio, el capital ha puesto en su mira el desarrollo de la seguridad social y la атаca desde distintos flancos. En general, se trata de la añeja discusión en torno a la distribución de la riqueza socialmente producida, discusión que conduce, igual que el tema de la globalización, a los escenarios de la política.

En este artículo procuraré acercarme un poco más a las cuestiones mencionadas en esta introducción.

Humanidad y trabajo

Para acercarnos a la comprensión de cualquier fenómeno, debemos percatarnos de su desarrollo a través del tiempo. Es necesario, por tanto, dedicar algunas líneas a la evolución de lo que solemos denominar relaciones laborales.

Las relaciones laborales, entendidas como aquellas en que parte del producto del trabajo de una persona pasa a ser propiedad de otra persona (pública o privada), están vinculadas al desarrollo propio de la humanidad, y han girado y giran a su alrededor los principales conflictos sociales.

En la actualidad presenciamos modificaciones sustanciales en el campo de las relaciones laborales motivadas por causas que se imbrican; tales como el conocimiento científico, la tecnología, la globalización y el crecimiento de la desigualdad en la distribución de la riqueza y del ingreso.

Los cambios tecnológicos, unos con mayor impacto que otros, siempre han provocado modificaciones en el mundo de las relaciones laborales y en la estructura y comportamiento de las sociedades. En la emergencia de lo humano y en su desarrollo, existe consenso en cuanto al papel que ha jugado la construcción de herramientas.

De la aplicación de la fuerza del trabajo a la naturaleza, con la finalidad de obtener un producto, surgió la técnica y surgió lo humano. La organización de la fuerza de trabajo y los instrumentos aplicados a la producción, constituyen la técnica.

A partir de ese momento, la técnica puesta al servicio de la producción de las cosas necesarias para hacer posible la vida, se convirtió en un factor primordial en el proyecto, siempre en construcción, de la humanidad. Con la emergencia de lo humano, la relación de la vida con el medio empieza a adquirir mayores grados de libertad para resolver problemas, a lo cual obedece que la conciencia humana sea cada vez más compleja.

La producción de excedentes

El empleo de las herramientas incrementa la producción, modifica la vida social, mejora la alimentación y hace surgir, para lo que interesa en este artículo, dos problemas centrales: la producción de excedentes y su distribución.

1 La iniciativa del centenario relativa al futuro del trabajo 6 ILC.104/DG/I Capítulo 2

Acumular excedentes exige administrarlos (el inicio del Estado), pero sobre todo, enseña algo que se convertirá en el elemento central de las relaciones laborales que habrían de devenir: el ser humano es capaz de producir más de lo que requiere para hacer posible su vida. Este excedente le permite mejorar su alimentación, prepararse para enfrentar situaciones futuras adversas, liberar tiempo de trabajo directo y aumentar la población; además, lo conduce a la división social y técnica del trabajo².

La capacidad excedentaria, a su vez, provoca otro cambio fundamental: da origen a la esclavitud³. La tribu vencedora se percata de que puede apropiarse del excedente de producción de los vencidos y, por tanto, es más útil para ellos ponerlos a trabajar; así que en lugar de matarlos o comérselos, los esclaviza. Surge así la explotación del trabajo ajeno. El trabajador ya no es dueño del producto de su esfuerzo y esa riqueza, acumulada en otras manos, fortalece el mismo aparato social que explota su fuerza de trabajo.

Al respecto, resulta muy ilustrativa la siguiente afirmación de Hicks (1988: 17):

Hasta un esclavo tiene que vivir; del producto económico del esclavo solo puede quitársele una parte. Es muy cierto que puede quitársele tanto que llegue a disminuir su productividad, o que la población esclava deje de reproducirse a largo plazo. No solo pueden ser saqueadas las posesiones materiales del vendido, también puede serlo su fuerza de trabajo humano. Pero el saqueo no produce un ingreso continuo y esto es lo que se requiere, en definitiva. Si la economía militar (o aquella que le sigue) ha de encontrar un equilibrio, debe dejarse a los esclavos, o a los "contribuyentes", lo suficiente para sobrevivir y continuar produciendo.

Esa misma lógica se aplica a los trabajadores en la actualidad. Esta contradicción entre lo que corresponde al trabajador y lo que corresponde al empleador, se convertirá desde entonces en la principal fuente de conflicto social y en el eje en torno al cual girará la construcción misma de la humanidad.

Del esclavismo al feudalismo, de este al capitalismo y a los ensayos socialistas; todas son formas de organizar la producción mediante diferentes tipos de relaciones laborales.

El capitalismo actual

La forma de organización capitalista domina el mundo actual, pero su desarrollo no es igual en los diversos países. Presenta rasgos similares en todos estos países y el más relevante de ellos es el de las relaciones laborales asalariadas. Bajo el dominio del capitalismo, las relaciones laborales se modifican de manera acelerada, dado el desarrollo también acelerado de la tecnología.

Con la acumulación del conocimiento técnico y científico, el desarrollo de las relaciones laborales se aceleró, hasta llegar a la extraordinaria velocidad de crecimiento actual. De acuerdo con Gordon Moore (citado por Molinas y García, 2016) crece de manera exponencial⁴. La velocidad de cambio del conocimiento científico y técnico provoca a su vez cambios también veloces en la estructura y funcionamiento de la sociedad.

Por otra parte, la aceleración del cambio provoca ansiedad, optimismo, pesimismo y temor, al plantear acuciantes dudas sobre el futuro. Así es la época en que vivimos.

2 Para un mayor acercamiento al tema véanse Dierckxsens, 1983; Dennell, 1999 y Coppens, 2009.

3 Sobre el impacto en América del desarrollo posterior de la esclavitud véase Cáceres, 2001.

4 Según Moore la velocidad del cambio tecnológico se comporta conforme a la ecuación $Y=2^{(x-1)}$, donde Y es la velocidad del cambio, y x es el año. Así, en el año 1 la velocidad es 1, en el 2 es 2. En 51 años, la velocidad del cambio tecnológico fue de 2^{50} , una suma escalofriante (Molinas y García, 2016).

El capitalismo se caracteriza por el hecho de que el sector mayoritario de la población se ve compelido a vender su fuerza de trabajo a un sector minoritario, que a lo largo del desarrollo histórico, se ha apropiado de los medios de producción. El precio directo de esa compra-venta es el salario y el producto es la mercancía, no importa si se trata de bienes o servicios.

Hasta hace poco tiempo, y sobre todo después de la Segunda Guerra Mundial, la tendencia era la regulación de todos los aspectos que integran las relaciones laborales. Como bien señaló Mario Blanco (1996) hace ya 10 años:

En ese sentido, cabe reconocer que la concepción tradicional de los principios generales del derecho del trabajo, deriva de un particular modelo de desarrollo y sobre todo de una concepción específica del estado, de su papel en la sociedad, y sobre todo de su participación en la regulación de las relaciones laborales. En el ámbito centroamericano esta idea se manifestó en una regulación legislativa similar en todos los países del área centroamericana. Distintas normas -incluso de rango constitucional- corroboran tal afirmación.

No obstante, y en virtud de los cambios apuntados y ya en ejecución en las sociedades centroamericanas, también procede un reconocimiento adicional: sin duda la globalización económica y la apertura comercial tienen o tendrán efectos directos sobre el mundo del trabajo y con ello sobre las relaciones laborales.

En el proceso que de manera escueta se ha planteado, hay que distinguir otro hecho fundamental, constituido por el surgimiento de la mercancía. En un inicio los seres humanos aplicaban su trabajo a obtener productos con los cuales satisfacían sus necesidades concretas; de manera paulatina, los productos se destinaron al intercambio. Se da así una separación entre el productor y el consumidor. El surgimiento de la mercancía como forma prevalente de producción y el desarrollo simultáneo del mercado, transformaron de manera radical a la sociedad.

Como se ve, el tema de la evolución del trabajo no es de ninguna manera ajeno a los cambios sociales y políticos. Unos y otros se imbrican e influyen; pero el factor determinante es, en última instancia, la organización de la producción de los bienes y servicios necesarios para la sociedad. Sin embargo, actualmente el criterio de necesidad puede ser cuestionado desde la óptica del consumismo que el propio sistema de producción capitalista provoca; pues la necesidad prioritaria en este sistema es la ganancia del capital.

El capitalismo tiene la virtud de poner en función de su propio interés todo lo que lo rodea. Valga aquí recordar el caso de la histórica y sangrienta lucha de los obreros para lograr la jornada de ocho horas. Los obreros exigían esa reivindicación porque ya era posible producir en ocho horas lo necesario para la vida. Este logro implicó un salto extraordinario en el desarrollo de la técnica (métodos de trabajo, locación de las fábricas, transporte, maquinaria, etc.), y a su vez aumentó la productividad, redujo los costos y, por tanto, incrementó la tasa de explotación del trabajo y la capacidad del capital de expandirse.

Sin embargo, la conquista por la humanidad de la jornada de las ocho horas también demostró algo fundamental: la distribución de la riqueza socialmente producida, no es un problema técnico; es, esencialmente, un problema de carácter político. El capitalismo y las luchas obreras pusieron así sobre la mesa el debate medular sobre nuevas formas de organización política, la vieja idea griega de la democracia empezó a adquirir otras dimensiones.

La política

El modo de producción capitalista culminó la creación de los estados nacionales por medio de un extenso proceso cargado de violencia. Recordemos que la guillotina fue perfeccionada durante la Revolución Francesa, para cortar cabezas de modo industrial, eficaz y eficiente.

Los estados nacionales fueron creados porque los estados feudales se convirtieron en una camisa de fuerza para el desarrollo de las fuerzas productivas. Muchos de esos estados nacionales se consolidaron después de la Segunda Guerra Mundial y algunos no lo han logrado de manera plena, como sucede en el Medio Oriente. En realidad los conflictos limítrofes no están resueltos, a pesar de que los mismos provocaron dos guerras mundiales.

El proceso que vivimos hoy de globalización de la economía en su devenir, implica el cuestionamiento de los estados nacionales; ahora son estos la camisa de fuerza para el desarrollo de las fuerzas productivas. No se puede saber con certeza cuánto durará ese proceso, se darán idas y venidas, como sucede hoy en Europa. Es probable que se tenga que pasar antes por grandes bloques antes de llegar a un gobierno mundial, pero todo parece indicar que la soberanía de los estados nacionales, tal y como la hemos conocido hasta hoy, tenderá a reducirse y hasta a desaparecer.

La relación de ese estrepitoso proceso con el desarrollo de la democracia y el derecho de los pueblos a ser escuchados y tomados en cuenta, es desde luego un reto formidable.

Desde su origen, la política ha tenido como objetivo central poner riendas a los caballos de la economía. Los estados pre capitalistas decidían en lo fundamental, qué producir, cómo hacerlo y cómo distribuirlo. Con la famosa consigna del "*laissez faire laissez passer*" el capitalismo abominó del papel regulador del Estado y pregonó que en el reino de la libertad individual, debería ser el mercado (la relación entre compradores y vendedores) el que decidiera qué producir, cómo producir y cómo distribuir.

Mucha agua ha pasado bajo el puente desde que se levantó aquella consigna y muchos vaivenes se han dado. En realidad, ese conflicto entre regulación pública y acción individual, es el debate central y añejo en el proceso de construcción de la humanidad. Por una parte: ¿en qué medida los individuos debemos aceptar que lo colectivo (leyes, creencias, tradiciones, ideas) regule nuestras vidas?; y por la otra: ¿en qué medida debemos permitir al individuo, trátase de personas o de empresas, poner en peligro la existencia colectiva?

En la actualidad, el dilema entre lo individual y lo colectivo concentra muchas inquietudes; y con razón se afirma que si no se resuelve de manera adecuada, está en peligro la vida sobre nuestro planeta.

El neoliberalismo desarrolla una cruzada fiera y permanente contra toda forma de organización pública que no le sea funcional (por ejemplo, no exige la disolución de sus ejércitos); arremete contra todas las funciones del Estado y exige que las leyes del mercado imperen *urbi et orbi* (Corrales, 1994: 113 y 1993). Lo curioso, como ya sucedió con el keynesianismo, es que desde el mismo capitalismo están brotando voces de alarma y hasta de denuncia, para hacer frente a esa cruzada.

Las investigaciones en torno al crecimiento de la desigualdad en la distribución de la riqueza y del ingreso, no solo entre países sino también al interior de las llamadas economías desarrolladas; están clamando por poner fin a la depredación, no solo de la fuerza de trabajo sino también del patrimonio natural.

El desarrollo tecnológico, la globalización, la destrucción del medio ambiente y la desigualdad, se suman para ponernos en un escenario donde la inconformidad de todos los pueblos del mundo crece; y a esta inconformidad se suma la angustia de no saber qué hacer. Esta confusión deslegitima a la política y a los políticos. Es un momento complejo (Castells, 2000: 275-388).

Si a cada forma de organización de la producción se le construyó una forma de organización política; el reto actual es construir una nueva forma de organización política que parta del hecho innegable de que los estados nacionales están siendo erosionados y de que las principales decisiones políticas deben buscarse en el campo internacional.

La pregunta es: ¿se puede ir hacia eso de espaldas a los pueblos? Lo cierto es que así se ha hecho hasta ahora, pero la gente exige, cada vez más, ser tomada en cuenta. Las viejas formas burocráticas son desdeñadas. Lograr esa participación democrática se presenta como el único camino para evitar que la globalización siga haciendo destrozos sociales y ambientales (De Sousa, 2004: 391-560, 2005: 195-339).

La precarización de los trabajadores

Una de las manifestaciones más dramáticas de la situación vigente, se da en el comportamiento de los mercados de la fuerza de trabajo y en el concomitante debilitamiento de los programas de seguridad social. Todo parece indicar que no se trata de una situación coyuntural, sino de un problema de carácter sistémico. Este problema tiene su origen, como hemos dicho, en al menos dos factores que van de la mano: el desarrollo tecnológico y la globalización. Ambos se imbrican, bajo la orientación del pensamiento neoliberal, para precarizar el empleo de la mayoría de la población mundial. Crecen el desempleo y la informalidad, cae la masa salarial (como un porcentaje del PIB), los derechos laborales se abaten, las organizaciones autónomas de los trabajadores se destruyen y la meta del empleo decente desaparece del horizonte; en fin, se presenta un panorama nada halagüeño.

El desarrollo tecnológico permite reformular de manera radical los procesos productivos; también coloca muchos de esos procesos en una fase de costo marginal cero. Esto significa que, dado un nivel de producción, es posible pasar a un nivel superior sin incremento de los costos (como el caso de los libros, las películas y la música digitalizados). Además, hace innecesaria la fuerza de trabajo humana en procesos rutinarios en los cuales puede ser sustituida por la robótica o por la transmisión de datos o imágenes.

La globalización nos junta, pero nos separa. Nos junta porque se abaten las barreras arancelarias y también las del control sobre la producción y sobre el capital financiero. Los estados nacionales, cada vez más instrumentalizados por el capital, son menos capaces de establecer regulaciones. La regulación se mueve hacia el campo internacional y la construcción de órganos supranacionales deviene cada vez más necesaria. Es desde luego un camino sinuoso, con idas y vueltas, ya vemos lo que sucede en Europa; mas todo parece indicar que vamos hacia allá, si no hacia un gobierno mundial inmediato, sí hacia un mundo donde los acuerdos y organismos internacionales tendrán cada día una mayor vigencia.

Nos separa, porque la concentración de la riqueza y del poder se hace cada vez más evidentes y lacerantes. La vieja teoría de la dependencia cobra cada día mayor actualidad. Las burguesías nacionales, en determinados periodos interesadas en la creación del mercado interno para mantener su tasa de ganancia, han sido cooptadas por el capital internacional; los mercados nacionales se reducen cada vez más y se limitan a los sectores sociales que han logrado insertarse en los nuevos modelos de producción; y estas capas de mercado son explotadas también por el capital extranjero, apoderado de los servicios de comercio, financieros, de comunicaciones, de transporte, etc.

La consecuencia de todo eso es un ser humano desgarrado. Consumido en su individualismo no es capaz de encontrarse en el otro. Infatuado por el desarrollo de la tecnología, se considera dueño absoluto de la naturaleza. Embebido en sus pensamientos, mantiene la dicotomía mente y cuerpo. Es urgente la reorientación del proceso constructivo de la humanidad.

Al mismo tiempo, el desarrollo científico actual, con la derrota del determinismo y el surgimiento del pensamiento complejo; está alumbrando ese camino al señalar la absoluta interdependencia del ser humano consigo mismo y con su entorno social y natural. Algo que constituye también lo fundamental del milenarismo pensamiento místico.

El ataque a la seguridad social

La precarización de los trabajadores conlleva un ataque directo a las garantías sociales; dentro de las cuales se incluyen, entre otros aspectos básicos como la educación, la vivienda, la protección de la niñez y de los ancianos, la atención a la salud y las pensiones.

El historiador Erick Hobsbawm lo plantea de manera clara: “Al final del siglo XX [...] los gobiernos occidentales y la economía ortodoxa coincidían en que el coste de la seguridad social y de las políticas de bienestar público era demasiado elevado y debía reducirse” (1998: 565).

En Costa Rica, Miguel Ángel Rodríguez (1989: 444-445) lo planteó de manera franca:

“El Estado deberá asegurar el derecho de atención mínima [...] A la par del derecho de atención mínima, debe existir un sistema complementario fundamentalmente privado [...] y financiado por los particulares [...] Desde el punto de vista de la organización de los centros de salud, conviene pensar en la privatización [...] Un primer paso, sería convertir poco a poco los hospitales de la Caja en instituciones con su propia personalidad, sus propias juntas directivas y sus patrimonios propios [...]

A lo anterior y no a ninguna otra cosa, obedeció el proceso de desconcentración iniciado en la CCSS, cuando don Miguel Ángel fue presidente de la República. Solo que lo hicieron tan mal que hubo de revertirse tal decisión, lo cual provocó gastos multimillonarios a la CCSS, aún no esclarecidos.

Por su parte, don Eduardo Doryam, presidente ejecutivo de esta institución durante la segunda administración de Óscar Arias, anunció que estudiaba la concesión de los hospitales nacionales a la empresa privada (Ávalos, 2007).

La privatización ha seguido ejecutándose, tal y como lo recomendó Miguel Ángel Rodríguez, poco a poco, paso a paso, mediante la entrega de servicios esenciales a empresas privadas, abusando de lo que se conoce como contratos a terceros⁵.

Seguridad social y productividad

Debilitar las garantías sociales tendrá graves consecuencias sobre la productividad de un país y, por tanto, reducirá el crecimiento potencial de la economía. Desde luego, también reducirá el nivel de bienestar social.

5 Para un detallado estudio del proceso de privatización, consultar el texto de Ana Rodríguez (2013), *Privatización de la salud pública en Costa Rica y América Latina...*

Hay que aceptar que garantías sociales robustas solo pueden obtenerse mediante la intervención del Estado en la economía. Ya se ha señalado que el problema de la distribución de la riqueza y del ingreso no es un problema técnico ni es un problema que pueda resolver el mercado por sí solo. Se requiere de la intervención política, y eso nos conduce de manera directa a la discusión sobre el estado de la democracia en un país.

Discutamos sobre el tema de la productividad y de la seguridad social. Dentro de esta última debemos incluir la educación, la atención de la salud, las pensiones, la vivienda, la educación, la seguridad, la infraestructura pública y, desde luego, el empleo estable, que es la base que permite a una persona o a una familia construir sus expectativas y luchar por cumplirlas.

Por otra parte, el crecimiento de la productividad de un país depende de su patrimonio, tanto el natural como el construido, y de su población, tanto en cantidad como en calidad. Un país con trabajadores educados, sanos, estables, confiados en lograr sus expectativas, con vivienda propia; será sin duda un país que tenga mayor productividad que otro que no presente esas condiciones. En otras palabras, un país con un buen desarrollo de su seguridad social, está en condiciones de incrementar su productividad. Lo contrario, es obvio.

La pregunta que salta de manera inmediata es la siguiente: ¿cómo se financia esa seguridad social? En el caso de Costa Rica, dos son las vías seguidas: mediante contribuciones de los empleadores, de los trabajadores y del Estado; y mediante aportes adicionales del Estado para dar atención a los sectores más vulnerables, cubiertos por leyes especiales.

Si los trabajadores se precarizan, si la masa salarial (compuesta por el monto de los salarios y la cantidad de asalariados) cae, se reducirán las cuotas de los empleadores y de los trabajadores y se incrementarán los sectores vulnerables. Por tanto, para mantener al menos los niveles alcanzados por la seguridad social, la carga sobre el Estado será mayor. Esto plantea la necesidad de una reforma tributaria.

La desigualdad

Estudios no rebatidos demuestran que la distribución del ingreso y de la riqueza en Costa Rica se encuentra en franco deterioro. Si se divide el total de hogares en cinco grupos de un 20 % cada uno (quintiles) y se presentan del quintil más pobre al más rico, obtenemos una relación dramática: los quintiles 1 y 2 más pobres reciben el 13 % del ingreso y los quintiles 4 y 5 el 72,5 %. Para tomar conciencia de lo que esto significa, resultan convenientes las siguientes estimaciones: los 260 mil hogares del quintil V se quedan con 520 mil millones de colones, mientras que los 260 mil hogares pobres solo reciben aproximadamente 50 mil millones (INEC, 2015: 18).⁶

Es necesario recordar dos cosas: estamos trabajando con promedios y la información se basa en encuestas. No conozco algún trabajo que estudie la distribución del ingreso basado en las declaraciones de la renta o un estudio de la distribución de la riqueza. Recordemos que no es lo mismo ingreso que riqueza.

Al trabajar con promedios, se ocultan datos fundamentales; por ejemplo, si se desmenuza el grupo de hogares más ricos, con un ingreso promedio levemente por encima de los dos millones, se podría llegar a establecer que pocos hogares se quedan con la mayoría de los 520 mil millones de ese grupo.

6 Las estimaciones obedecen a multiplicar el ingreso promedio de los hogares por el total de hogares. Estas estimaciones provienen de la Encuesta de Hogares realizada por el INEC en julio de cada año.

Otro dato de interés es que del 2010 al 2015 los ingresos de los hogares pobres aumentaron en un 2 %, mientras que los de los hogares ricos lo hicieron en un 25 %. En el 2010, la pobreza extrema afectaba al 5,8 % de los hogares; y en el 2015, pasó al 7,20 %; con lo que se da un incremento en esta tasa de un 24 %. La desigualdad crece de manera alarmante (Stiglitz: 2012).

La clase media

La desigualdad no solo se da entre empresarios y asalariados, sino también al interior de ambos sectores. De aquí surgen los sectores medios o la clase media. Esta clase, en determinados momentos de la historia, ha mostrado comportamientos retrógrados, sobre todo cuando siente en peligro sus intereses. En esas circunstancias, tiende a apoyar los comportamientos políticos y burocráticos autoritarios. Hemos podido comprobar esos comportamientos durante el desarrollo de las dictaduras latinoamericanas.

Esa clase media, favorecida por los procesos económicos imperantes en el caso costarricense, es un grave peligro para el desarrollo de la seguridad social. Son quienes más cotizan y quizás sean quienes menos se benefician de los programas de salud. Si la situación general de la atención en la CCSS no mejora de manera urgente, esos sectores son un enemigo potencial muy fuerte de la seguridad social.

El déficit fiscal se convierte en déficit social

Tres son los factores que intervienen en los procesos de producción: la fuerza de trabajo, el capital y la sociedad como un todo. Esos tres factores deben ser debidamente retribuidos. Las empresas, públicas y privadas, no funcionan en una burbuja; requieren carreteras, seguridad, tribunales, educación formal y técnica, lugares de esparcimiento, apoyo político, protección del ambiente y estabilidad social y política. Todo eso que aporta la sociedad a los procesos de producción, debe ser debidamente retribuido. Visto así, los impuestos no son una exacción, son un pago a un factor de producción muy importante.

El hecho de que el Estado no cuente con recursos sanos para desarrollar la infraestructura, financiar la educación y la salud, proteger el ambiente e impulsar la investigación científica y tecnológica; conduce a los países a incrementar su dependencia y a tener que soportar tasas de explotación internacionales, que llevan a la miseria a la mayoría de sus habitantes. También está claro que mientras en los países desarrollados la tasa de impuestos sobre el PIB ronda el 40 %, en el nuestro a duras penas llega a un 10 %. En tales condiciones, el déficit fiscal se convierte en un acuciante déficit social. Toda la sociedad se perjudica, pero los sectores pobres son lo más perjudicados.

Por eso considero que la principal reforma democrática del país en la actualidad, es una reforma tributaria. Oponerse a un incremento del impuesto sobre la renta y a la ley contra el fraude fiscal, es incrementar la inequidad social; amarrarnos más a la dependencia y debilitar aún más la democracia.

La distribución es un problema político

La distribución del ingreso no es un problema económico, técnico o matemático, es un problema de carácter político; tal y como lo señala Piketty (2014: 36):

La historia de las desigualdades depende de las representaciones que se hacen los actores económicos, políticos y sociales, de lo que es justo y de lo que no lo es, de las relaciones de fuerza entre estos actores y de las elecciones colectivas que resultan de ello; es el producto conjunto

de todos los actores interesados [...] la dinámica de la distribución de la riqueza pone en juego poderosos mecanismos que empujan alternativamente en el sentido de la convergencia y de la divergencia, y no existe ningún proceso natural y espontáneo que permita evitar que las tendencias desestabilizadoras y no igualitarias prevalezcan permanentemente⁷.

Hay que señalar que Piketty, desde una posición eurocentrista, no está en contra del sistema capitalista, pero llama la atención en el sentido de que si la desigualdad en el nivel mundial sigue creciendo, podría entrar en una zona de deslegitimación y provocar explosiones radicales.

Aunque los economistas liberales y neoliberales rinden pleitesía a Adam Smith (1986), padre de la economía moderna, evitan resaltar en su discurso los siguientes criterios acerca de los salarios, que se determinan por un pacto entre partes cuyos intereses son opuestos. En esta relación los patronos siempre llevan ventaja, por lo siguiente:

1. Pueden ponerse de acuerdo con mayor facilidad, por ser menos.
2. Las leyes autorizan sus asociaciones, mientras que prohíben las de los trabajadores.
3. En la disputa con los obreros pueden resistir más tiempo, mientras que los obreros tienen que ceder para trabajar y no morir de hambre.
4. Entre ellos existe un acuerdo tácito para no elevar los salarios.
5. A veces se ponen de acuerdo secretamente para descender los salarios por debajo de la tasa natural.
6. Las autoridades sancionan a los obreros coaligados y nunca a los patronos.
7. Los obreros son más desorganizados.
8. El hambre obliga a los obreros a someterse.

Claros e indiscutibles son los planteamientos de Smith. No es que los salarios obedezcan a la relación técnica de los costos marginales y, por tanto, a la ley de la oferta y la demanda en el mercado de trabajo. Solo una correlación de fuerzas que sea capaz de cuestionar el poder empresarial, permitirá una mejor política salarial y el fortalecimiento de la seguridad social de un país⁸.

No se puede dejar de señalar que en Costa Rica no existen sindicatos en la empresa privada (pocas organizaciones confirman la norma), a pesar de que la ley lo permite y sanciona la persecución sindical. De diferentes métodos se han ocupado los empresarios para impedir la organización sindical.

Conclusión

Grandes desafíos se presentan a la humanidad para seguir desarrollándose como tal. Entre esos desafíos destacamos la discusión de las nuevas relaciones laborales que están surgiendo, dado el desarrollo tecnológico y la globalización; la desregulación de las empresas; el cuestionamiento a la existencia misma de los estados nacionales: la creciente desigualdad entre los países y dentro de cada país, incluyendo los llamados desarrollados; la incapacidad política para hacer frente a esos desafíos y la exigencia de la gente de ser tomada en cuenta.

Todos esos dilemas ponen signos de pregunta al desarrollo de la seguridad social e, incluso, de los derechos civiles de las personas. Esto nos obliga a interesarnos de manera directa en la búsqueda de soluciones a esos problemas y a tomar partido a favor del progreso.

7 Además, para ahondar en el tema del mismo autor La economía de las desigualdades (Piketty, 2014) y de Joseph Stiglitz, *La gran brecha* (2015) y *Los felices* 90 (2003).

8 Para una descripción detallada de algunos de los métodos de fijación de salarios mínimos, uno de los mecanismos para la distribución, ver Starr (1981).

Hablar del futuro siempre ha sido riesgoso, pero quizás no tanto como en la actualidad. Hoy se puede afirmar que el determinismo ha muerto. Sin embargo, es posible construir un campo probabilístico y definir, a partir de variables históricas, escenarios que nos ayuden a mitigar la incertidumbre y alimentar el optimismo. No hay escapatoria. Sin embargo, no debemos olvidar que en el corazón del hombre se abrigan el bien y el mal, que no son su esencia “sino una contradicción que exige la busca de soluciones nuevas que, a su vez, crean contradicciones nuevas, entonces el hombre puede resolver su dilema, ya de un modo regresivo, ya de un modo progresivo” (Fromm, 1977: 142).

La historia, que como hemos dicho no es rectilínea, está llena tristemente de graves momentos regresivos, realmente necrófilos. Debemos tomar conciencia de ello y de nuestra responsabilidad de aportar siempre a la construcción de más humanidad.

Bibliografía

Ávalos R., Ángela. 2007. CCSS estudia concesionar construcción de hospitales. En: *La Nación*, 10 de mayo. En línea: http://www.nacion.com/nacional/CCSS-estudia-concesionar-construccion-hospitales_0_902309872.html

Blanco Vado Mario A. 1996 Las relaciones laborales en el marco de la globalización económica: los principios del derecho laboral, su regulación y sus tendencias. San José: Corte Suprema de Justicia, Escuela Judicial de Costa Rica.

Cáceres, Rina (compiladora). 2001. *Rutas de la esclavitud en África y América Latina*. San José, EUCR.

Castells Manuel. 2000. *La era de la información: El poder de la identidad* (vol 2). Madrid: Alianza

Coppens, Yves. 2009. *La historia del hombre*. Madrid: Tusquets.

Corrales, Jorge (editor). 1993. *Raíces institucionales de la política económica costarricense*. San José: CIAPA.

Corrales Quesada, Jorge. 1994. *Al bienestar por el liberalismo*. San José: BCCR.

De Sousa Santos, Boaventura. 2004. *Democratizar la democracia*. México: FCE.

De Sousa Santos, Boaventura. 2005. *El milenio huérfano*. Madrid: Trotta.

Dennell, Robin. 1999. *Prehistoria económica de Europa*. Barcelona: Crítica.

Dierckxsens, Win. 1983. *Formaciones precapitalistas*. México DF: Nuestro Tiempo.

Ferrer Aldo. 1996. *Historia de la globalización*. Buenos Aires-México: FCE.

Fromm, Erich. 1977. *El corazón del hombre*. México: FCE.

Hicks, John. 1988. *Una teoría de la historia económica*. Barcelona: Orbis.

Hobsbawm, Eric. 1998. *Historia del siglo XX*. Buenos Aires: Planeta.

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). 2015. Encuesta Nacional de Hogares Julio 2015: Resultados generales. San José.

- Molinas, César y García, Pilar. 2016. *Poner fin al desempleo, ¿Podemos?, ¿Queremos?* Barcelona: Deusto.
- Piketty Thomas. 2014. *El capital en el siglo XXI*. México: FCE.
- Piketty, Thomas. 2015. *La economía de las desigualdades*. México: Siglo XXI.
- Rodríguez, Ana. 2013. *Privatización de la salud pública en Costa Rica y América Latina*. Heredia: EUNA.
- Rodríguez, Miguel Ángel. 1989. *Al progreso por la libertad*. San José: Libro Libre.
- Smith, Adam. 1986. *La riqueza de las naciones*. San José: UACA.
- Starr, Gerald. 1981. *La fijación de los salarios mínimos*. Ginebra: OIT.
- Stiglitz, Joseph. 2003. *Los felices 90*. Argentina: Alfaguara.
- Stiglitz, Joseph E. 2012. *El precio de la desigualdad: El 1 % de la población tiene lo que el 99 % necesita*. Madrid: Santillana.
- Stiglitz Joseph. 2015. *La gran brecha*. Barcelona: Penguin Random House.

Impacto de la globalización en los servicios de salud¹

Julio Frenk Mora
Octavio Gómez-Dantés

El acelerado proceso de globalización no cesa. El número de turistas internacionales alcanzó la cifra de 1138 millones en 2014 (UNWTO: 2015). El número de migrantes internacionales se incrementó de 154 millones en 1990 a 175 millones en 2000 y 232 millones en 2013 (UN: 2013). Las exportaciones solo de mercancías alcanzaron los 17.8 billones de dólares en 2013 (OMC: 2014). Esto tiene profundas implicaciones para la salud. En todos los países, las agendas nacionales se están viendo crecientemente influidas por la transferencia global de riesgos y oportunidades para la salud (Frenk y otros: 1997).

La diseminación internacional de enfermedades infecciosas es el mejor ejemplo de la porosidad de nuestras fronteras. Pero este no es un fenómeno nuevo. El primer caso documentado de epidemia transnacional fue la plaga ateniense de 430 a. C., responsable de la muerte del 25 % de la población de la ciudad (Littman: 2009).

Probablemente en Etiopía se originó y se diseminó a Libia y Egipto; de ahí, alcanzó el corazón de Grecia, a través de barcos que transportaban granos (Porter, 1996: 25). La “muerte negra” de 1347, que acabó con la tercera parte de la población europea, se originó en Asia central y se diseminó a través de conflictos militares y del comercio internacional. Fue durante esta pandemia que los venecianos inventaron la cuarentena, que suponía el aislamiento de los barcos que llegaban a ese puerto durante cuarenta días (Encyclopaedia Britannica, 1926). Doscientos años más tarde, la conquista de los imperios azteca e inca representó un ejemplo temprano de guerra microbiológica involuntaria, a través de la introducción de la viruela y el sarampión en poblaciones no expuestas a los agentes causantes de estas enfermedades (Mann, 2012). Más recientemente, la pandemia de influenza de 1918 fue responsable de la muerte de alrededor de 50 millones de personas, un número cinco veces mayor al número de decesos que produjo la Primera Guerra Mundial (Kolala, 1999: 9). Las últimas adiciones a la lista de pandemias son el VIH/sida, el síndrome agudo respiratorio severo o SARS y la influenza porcina. Recientemente el ébola y el zika también pusieron a sonar las alarmas globales.

Como podemos ver, las enfermedades infecciosas tienen una larga historia de presencia cosmopolita. Sin embargo, lo novedoso de la situación actual es la escala de lo que se ha denominado ‘tráfico microbiológico’. El número de contactos potencialmente infecciosos explotó como resultado del

1 * Este capítulo retoma algunas de las ideas publicadas por los autores en los siguientes textos:
Frenk, J., Gómez-Dantés, O., Cruz, C., Chacón, F., Hernández, P. y Freeman, P. 1994. The North American Free Trade Agreement and medical services: A perspective from Mexico. En: *American Journal of Public Health* 84(10):1591-97.
Frenk, J., Gómez-Dantés, O., Adams, O., Gakidou, E. 2001. The globalization of health care. En: McKee, M., Garner, P. y Stott, R., editores. *International cooperation in health*. New York: Oxford University Press, 31-47.
Frenk, J. y Gómez-Dantés, O. 2015. The contribution of health to economic growth, trade, innovation, and global security. En: Frenk, J., Fresco, L., Kai-Hong, P. y Kuri, P. *Global health challenges*. Washington, D.C.: The Trilateral Commission, 1-20.

incremento de los viajes y el comercio, que han puesto en contacto a personas y productos en un nivel inédito. Además, hoy, el viaje intercontinental más largo tiene una duración menor al periodo de incubación de cualquier enfermedad infecciosa, lo que constituye un riesgo sin precedentes para la vigilancia epidemiológica y vuelve obsoletas las medidas de cuarentena tradicionales.

Las primeras instituciones de salud internacionales (las Conferencias Sanitarias Europeas y las Convenciones Sanitarias Internacionales) se crearon precisamente para controlar la transmisión de enfermedades infecciosas en puertos y fronteras. Por su parte, el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) —el acuerdo global más importante relacionado con la salud y uno de los tratados internacionales más adoptados— tiene como objetivo “ayudar a la comunidad internacional a prevenir y afrontar riesgos agudos de salud pública susceptibles de atravesar fronteras y amenazar a poblaciones de todo el mundo” (OMS, 2016). Este reglamento, que tiene carácter vinculante, opera a nivel nacional e internacional para garantizar: i) la vigilancia y respuesta dentro de los países y sus fronteras y ii) la coordinación de actividades de detección global y control de amenazas transnacionales.

El RSI también regula la relación entre la salud y dos temas de vital importancia: el comercio internacional y los derechos humanos. La preocupación por la diseminación de riesgos asociados con el creciente comercio de productos y servicios, ha obligado a su constante actualización, la última de las cuales se llevó a cabo en 2005. El capítulo 9 del RSI reconoce el derecho de los estados a restringir el comercio por razones de salud, pero las medidas adoptadas en este sentido no pueden limitar el comercio más allá de lo necesario para eliminar o reducir los riesgos y deberán estar basadas en evidencias científicas.

Con la globalización, el comercio mismo de servicios de atención a la salud se ha vuelto un sector muy dinámico que incluye: i) el intercambio transfronterizo de servicios de atención a la salud; ii) el establecimiento de unidades de atención a la salud en otros países; iii) el movimiento transfronterizo de prestadores de servicios de atención a la salud; y iv) el movimiento transfronterizo de consumidores de servicios de atención a la salud.

El intercambio transfronterizo de servicios de atención a la salud se refiere básicamente a la exportación de servicios de salud a través de las telecomunicaciones. Es posiblemente la forma más importante de comercio de servicios de atención a la salud. Un informe reciente de Transparency Market Research (2015) señala que el valor global de la telemedicina en 2014 ascendió a 14.3 mil millones de dólares y se espera que supere los 36 mil millones en 2020.

El establecimiento de unidades de atención a la salud en otros países, está estimulando la inversión extranjera en el sector salud, al tiempo que se expande el acceso local a tecnología médica de punta. Diversas cadenas de hospitales estadounidenses, como International Hospital Corporation, Christus y Cima, han ampliado su presencia en América Latina. Columbia Asia, una cadena de hospitales con sede en Malasia, ha establecido unidades de atención a la salud en India, Malasia, Vietnam e Indonesia, que sirven a dos millones de personas anualmente (Batra, 2014). Recientemente, la Comisión Nacional de Salud y Planificación Familiar de China, emitió un comunicado permitiendo a los inversionistas extranjeros establecer hospitales en forma de ‘empresas de propiedad totalmente extranjera’ en Beijing, Tianjin, Shanghai y las provincias de Jiangsu, Fujian, Guangdong y Hainan (Sun, 2014).

El movimiento transfronterizo de prestadores de servicios de atención a la salud, como médicos y enfermeras, se ha expandido considerablemente en las últimas décadas; lo que ha dado lugar a una verdadera globalización del mercado de trabajadores de la salud. Parte de este movimiento ocurre entre países desarrollados, pero en su mayor parte el movimiento se da de los países en vías desarrollados hacia los países ricos. De acuerdo con un informe de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico publicado en 2010, la proporción de médicos formados en el extranjero o extranjeros en

Nueva Zelanda, Irlanda, Reino Unido y EUA ascendió a 39, 34, 31 y 25 por ciento, respectivamente (OECD, 2010). La proporción de enfermeras entrenadas en el extranjero o extranjeras, en Irlanda y Nueva Zelanda, fue de 47 y 26 por ciento, respectivamente. La mayoría migra de Filipinas, que tiene a 150 mil enfermeras trabajando en el extranjero (Stewart et al, 2007). Esta migración global ofrece oportunidades y retos. Dentro de las consecuencias positivas está la oportunidad para médicos y enfermeras de mejorar sus vidas profesionales y personales y, para los países desarrollados, la oportunidad de atender la escasez de trabajadores de la salud. El principal reto es la fuga de cerebros que esta migración genera en los países en vías de desarrollo, lo cual reduce considerablemente la oportunidad de ofrecer servicios de atención a la salud adecuados a sus ciudadanos. Este flujo, además, termina por subsidiar a las naciones ricas, que reciben a trabajadores de la salud cuya educación no financiaron. Se calcula que los países de ingresos bajos invierten 500 millones de dólares anuales en la educación de trabajadores de la salud que emigran a América del Norte, Europa occidental y el sudeste asiático (Serour, 2009). Esta situación orilló a que en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 22 de mayo de 2004, se adoptara una resolución (WHA.57.19) a través de la cual se recomienda a los países miembros desarrollar estrategias para mitigar los efectos adversos de la migración de trabajadores de la salud y diseñar un código de conducta para el reclutamiento internacional del personal de salud (OMS, 2004).

Finalmente, el movimiento transfronterizo de consumidores de servicios de atención de la salud, ha dado lugar al surgimiento de un gran mercado. De acuerdo con la organización Pacientes Sin Fronteras, anualmente 12 millones de pacientes cruzan alguna frontera para recibir atención, generando un gasto de entre 45 y 72 mil millones de dólares, incluyendo costos médicos, hospitalización, transporte y hospedaje (PSF, s.f.). Se calcula que en 2016 viajarán al extranjero para recibir atención 1.4 millones de estadounidenses. Las causas más comunes de consulta y tratamiento son la cirugía estética, los servicios dentales generales y cosméticos, el trasplante de órganos, la cirugía cardíaca, la cirugía ortopédica y el tratamiento para la pérdida de peso. La principal razón de búsqueda de atención en el extranjero, son los bajos costos de la atención; mientras que la principal barrera en los países en vías de desarrollo, es la percepción de mala calidad, que se ha superado básicamente a través de la acreditación de las unidades de atención por parte de organizaciones internacionalmente reconocidas, como la Joint Commission International. Los principales destinos de los turistas de la salud son Brasil, Corea del Sur, Costa Rica, Estados Unidos, India, Israel, Malasia, México, Singapur, Taiwán, Tailandia y Turquía.

En conclusión, los retos y oportunidades que la globalización genera para los países en vías de desarrollo, en materia de atención a la salud, son numerosos. En términos estrictamente comerciales, la principal ventaja comparativa de los países de menores ingresos es el bajo costo de sus servicios de atención a la salud. El establecimiento de unidades de atención financiadas con capital extranjero, permite ampliar el acceso a cierto tipo de servicios de alta especialidad y de tecnología de punta. Los principales peligros incluyen la fuga de recursos financieros, como consecuencia de la movilidad transfronteriza de consumidores, y la fuga de recursos humanos calificados. Internamente, este tipo de comercio puede generar además una oferta irracional de servicios y tecnología, cuya relación costo-efectiva sea inadecuada; así como problemas de equidad.

Para aprovechar las ventajas y superar los riesgos del comercio de servicios de atención a la salud, los países en vías de desarrollo deberán fortalecer sus ministerios de salud, a fin de establecer y supervisar las normas de operación del sistema. De esta forma se podrá asegurar la calidad, equidad y eficiencia de los servicios. Destacan en este sentido los procesos de certificación de sus unidades de atención y de los profesionales de la salud, los mecanismos para evaluar la seguridad, eficacia y relación costo-efectividad de la tecnología, y las iniciativas para asegurar un financiamiento justo y una regulación adecuada de la atención a la salud.

De los esfuerzos que se realicen para mejorar los sistemas de salud dependerá no solo la calidad de vida de las personas, sino también las perspectivas de desarrollo económico, la cohesión social y la estabilidad política.

Referencias

Batra, Jasleen Kaur. 2014. Columbia Asia to invest \$150M to expand hospital chain in Southeast Asia, India. En: VCCircle. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de <http://www.vccircle.com/news/healthcare-services/2014/09/10/columbia-asia-invest-150m-expand-hospital-chain-southeast-asia>.

Frenk, J., Sepúlveda, J., Gómez-Dantés, O., McGuinness, M. y Knaul, F. 1997. The new world order and international health. En: *BMJ* 314:1404-1407.

Kolata, G. 1999. Flu. The story of the great influenza pandemic of 1918 and the search for the virus that caused it. New York: Farrar, Straus and Giroux.

Littman, RJ. 2009. The plague of Athens: epidemiology and paleopathology. En: *Mt Sinai J Med* 76(5):456-467.

Mann, CC. 2012. *1493. Uncovering the new world Columbus created*. New York: Vintage Books.

Organización Mundial de la Salud. 2016. ¿Qué son el Reglamento Sanitario Internacional y los Comités de Emergencias? 20 de junio. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de <http://www.who.int/features/qa/39/es>

Organización Mundial de la Salud. 2004. WHA 57.19 International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/wharesolution_migration/en/

Organización Mundial del Comercio. 2014. *Estadísticas del comercio internacional 2014*. Recuperado el 18 de mayo de 2016 de https://www.wto.org/spanish/res_s/statis_s/its2014_s/its2014_s.pdf.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. 2010. International migration of health workers. En: *Policy Brief*, febrero. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de http://www.who.int/hrh/resources/oecd-who_policy_brief_en.pdf

Pacientes Sin Fronteras (Patients Beyond Borders). s.f. Medical tourism statistics and facts. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de <http://www.patientsbeyondborders.com/medical-tourism-statistics-facts>

Porter, R. 1996. *Illustrated history of modern medicine*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Serour, GI. 2009. Healthcare workers and the brain drain. En: *Gynecology and Obstetrics*. 106(2):175-178.

Stewart, James et al. 2007. Migration and recruitment of healthcare professionals: Causes, consequences and policy responses. En: *Policy Brief*. N.º 7, agosto. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de <http://focus-migration.hwwi.de/The-Migration-and-Re.2496.0.html?&L=1>.

Sun, Jiamu. 2014. China to Open Up Its Hospital Market to Foreign Investment on a Pilot Program. En: SheppardMullin. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de http://www.chinalawupdate.cn/2014/10/articles/foreign-direct-investment/china-to-open-up-its-hospital-market-to-foreign-investment-on-a-pilot-program/?utm_source=Mondaq&utm_medium=syndication&utm_campaign=View-Original

The Encyclopaedia Britannica Company. 1926. Quarantine. En: *The Encyclopaedia Britannica*. London & New York: The Encyclopaedia Britannica Company. Vol. 21:709-711

Transparency Market Research. 2015. Global telemedicine market to be worth US\$36.3 bn by 2020. Nov. 04. Recuperado el 19 de mayo de 2016 de <http://www.transparencymarketresearch.com/pressrelease/telemedicine-market.htm>.

United Nations. Population Facts. 2013. The number of international migrants worldwide reaches 232 million. En: *Population Facts*. N.º 2. September. Recuperado el 18 de mayo de 2016 de http://esa.un.org/unmigration/documents/The_number_of_international_migrants.pdf.

UNWTO (World Tourism Organization). 2015. Over 1.1 billion tourists travelled abroad in 2014. 27 Jan. Recuperado el 18 de mayo de 2016 de <http://media.unwto.org/press-release/2015-01-27/over-11-billion-tourists-travelled-abroad-2014>.

La economía social solidaria y la economía pública en el nuevo pacto de Estado y social

Rolando Barrantes Muñoz

¿Cómo sería la situación actual de la sociedad costarricense si la Caja Costarricense de Seguro Social no hubiese sido creada hace 75 años, si no existiera hoy? Hagamos el esfuerzo de imaginar la realidad social y política que tendríamos hoy, sin la existencia de la Caja.

Luego de este ejercicio, más que conveniente es indispensable ahora, imaginar el perfil y la realidad que en el largo plazo queremos, y el que debe tener esta institución como un todo, la evolución necesaria del sistema sanitario y de salud costarricense.

Garantizar la sostenibilidad de la CCSS como pilar fundamental de este sistema, es una tarea ineludible e impostergable ya.

Los cambios en el cuadro actual de prevalencia de enfermedades y afectaciones a la salud de las personas, el creciente envejecimiento de estas en la actualidad y las demandas de servicios sanitarios de la población; exigen ajustes para superar de manera sostenible las debilidades del modelo de seguridad social vigente.

La CCSS fue, en su momento fundacional, la institución llamada a gobernar un sistema de seguros sociales para un sector específico de la población, los trabajadores asalariados, con la posibilidad de ir incorporándose posteriormente a los trabajadores por cuenta propia. Esta situación tuvo un cambio sustancial con la reforma del artículo 177 de la Constitución Política, en dos grandes ámbitos. Uno fue la ampliación de su mandato para garantizar la cobertura universal de los seguros sociales a toda la población. El otro fue la transformación de su fuente de financiamiento, que pasó de ser de base contributiva exclusivamente tripartita, a un esquema mixto por el cual, constitucionalmente se garantiza la creación por el Estado de las rentas suficientes para la enorme tarea de universalizar su cobertura. Es en esta etapa que se toma la decisión de trasladar a la CCSS toda la infraestructura hospitalaria y sanitaria pública, hasta entonces a cargo de la administración central del Estado, por medio del Ministerio de Salud.

El reto actual se debe orientar a cumplir el mandato constitucional de garantizar la universalización de los servicios que presta la CCSS, de manera sostenible, con equidad, oportunidad y calidad.

La magnitud de esta encomienda es de por sí compleja. Es de enorme envergadura por los ingentes recursos que esta tarea requiere, en un contexto en el que los cambios en la estructura del empleo afectan y tornan insuficientes las contribuciones tripartitas, así como los aportes del Estado establecidos para su financiamiento, debido a la morosidad de aquel en el cumplimiento de sus obligaciones. Todo esto en un marco actual de fuerzas político-ideológicas, en el que la existencia de intereses que puján por la privatización de los servicios de salud, es una realidad.

Este desafío de la sociedad costarricense, implica diversos y múltiples factores; lo que abordaremos aquí es particularmente lo que respecta a la creación de sinergias entre la CCSS y diversos actores institucionales, económicos y sociales, dentro del ámbito de la economía social solidaria, de la economía pública y de la participación ciudadana, considerando esto como un factor clave para el desarrollo futuro de nuestra seguridad social.

El objetivo en este punto debe ser articular esfuerzos, eliminar duplicidades, potenciar recursos y optimizarlos; invertir más y con más eficiencia, para construir un sistema de salud (en el que confluyen lo sanitario y lo social) que contribuya con aún mayor eficacia, al bienestar de la población y a su mayor productividad. Además, este sistema debe ser un agente de primer orden en la generación de puestos de trabajo, del desarrollo científico y tecnológico y, en general, del progreso social y económico del país. La paz social estará así garantizada para el futuro.

El punto de partida y fundamento de esta propuesta es, por una parte, la política de solidaridad nacional que debe procurar el Estado costarricense, establecida en el artículo 74 de nuestra Constitución Política. Es esta política la que ha hecho posibles los enormes logros en materia de salud alcanzados por Costa Rica, y es y será, a futuro, la columna vertebral para fortalecer nuestra seguridad social con criterios de equidad, calidad, oportunidad y universalidad. Como factor adicional y necesario en la gestión del sistema, debe considerarse también el carácter participativo del régimen democrático costarricense, establecido en el artículo 9 constitucional.

Esos dos elementos han de ser la base indispensable para el principio rector de esta política de sostenibilidad en el largo plazo. Es este principio el que permitirá que el funcionamiento y fortalecimiento de la seguridad social y del sistema público de salud, oriente y garantice el acceso de la población, con equidad y sin exclusiones, al derecho a la salud. Así, este reto debe ser también la ocasión para el ejercicio de una participación ciudadana altruista y solidaria y no la oportunidad para que prevalezca el negocio lucrativo excluyente en materia de salud. Lo anterior no debe negar la posibilidad de que en el mercado haya también ofertas privadas de negocios de servicios sanitarios de muy alta calidad, orientados por el ánimo de lucro, como complemento de los servicios públicos sanitarios y de seguros sociales solidarios.

El desarrollo de los anteriores criterios ha de conducir a la formulación de una política a partir de la cual la CCSS desarrolle su relación con terceros, en el cumplimiento de los fines que la Constitución y la ley le mandan. Se debe distinguir en todo caso, a aquellos socios estratégicos con los cuales comparta características comunes, como pueden ser que se trate de instituciones cuya naturaleza es de servicio público (nacional o internacional) o que siendo entidades de carácter privado, operen y se rijan por principios de no lucro y de solidaridad. Además, estas relaciones deberán siempre darse dentro del marco de lo que disponga el ordenamiento jurídico, satisfaciendo el interés institucional en cuanto a eficiencia y eficacia y estar regidas por la transparencia y la evaluación de su calidad y de sus resultados.

Se pueden citar entre las indicadas a instituciones públicas o entidades privadas de capital público o colectivo, a organismos internacionales u otros con características y prácticas ajustadas a los valores y criterios señalados.

Entre estas entidades o instituciones pueden citarse órganos de la administración central del Estado, el Instituto Nacional de Seguros, los bancos públicos, la Junta de Protección Social, el ICE, Racsa, Correos de Costa Rica, Icoder, las universidades públicas, las municipalidades, cooperativas (especialmente de cogestión o autogestión), asociaciones de desarrollo, otras asociaciones y fundaciones, la Cruz Roja y entidades del sistema de Naciones Unidas.

Algunas áreas en las que la CCSS, como entidad a cargo del gobierno de la seguridad social, ya se complementa; y otras en las cuales podría complementarse o articular esfuerzos con dichas entidades, son a título de ejemplo, las siguientes:

- Todos o algunos componentes del primero y segundo nivel de prestación de servicios sanitarios, cuidados paliativos, medicina mixta y de empresa, la promoción de estilos de vida saludables, lavandería, alimentación, vigilancia, limpieza o confección de ropa.
- Transporte de pacientes, teleasistencia y asistencia domiciliar de adultos mayores.
- Adquisición y distribución de medicamentos.
- Adquisición de equipo médico.
- Gestión de citas médicas.
- Servicios fiduciarios y otros servicios financieros.
- Construcción y mantenimiento de infraestructura.
- Consultorías.

Dada la naturaleza privada de algunas de las entidades citadas, como lo son las de la economía social solidaria; es importante hacer referencia a las particularidades que la ley estipula para estas, entre las cuales interesa destacar lo siguiente:

- En general para todas, que su motivo u orientación es al desarrollo de una función social, de servicio y no a la obtención del lucro o la ganancia privada.
- Para el caso de las asociaciones cooperativas:
 - 1 El reconocimiento constitucional de estas, lo cual implica a su vez el reconocimiento diferenciado por el Estado, de la propiedad social cooperativa, en relación con la propiedad privada tradicional.
 - 2 La declaratoria legal de que la constitución y funcionamiento de asociaciones cooperativas es de conveniencia, de utilidad pública y de interés social.
 - 3 El derecho de las cooperativas de contratar preferentemente y en igualdad de condiciones, con el Estado y sus instituciones.
 - 4 La facultad otorgada a las municipalidades para asociarse a las cooperativas, con el fin de fomentarlas dentro de sus respectivas jurisdicciones.
 - 5 La facultad legal de las cooperativas de prestar, entre otros, servicios de asistencia médica, farmacéutica, de hospitalización, de auxilio o pensión por vejez y de gastos de sepelio.

Para las cooperativas de autogestión, la ley en especial establece que en estas privará el interés comunitario y que auspiciarán formas de colaboración y asociación con otras cooperativas y organizaciones nacionales y regionales, para la gestión y prestación de servicios mutuos o comunes, en orden a constituir un sector diferenciado de la economía nacional. Coopepavas RL, Coopesaín RL y Coopesiba RL son cooperativas de este tipo, por medio de las cuales la CCSS ha venido prestando con éxito, servicios sanitarios a la población.

En el caso de las cooperativas de cogestión, es relevante la posibilidad legalmente estipulada de que el Estado pueda participar como coasociado de estas, compartiendo con los asociados trabajadores la propiedad y la gestión. Ejemplo de esta particular modalidad es la Cooperativa Cogestionaria de Salud de Santa Ana RL, que también presta servicios de la CCSS, cuyos asociados son sus trabajadores, la municipalidad y diversas organizaciones comunales.

Para la CCSS, alcanzar una articulación como la que aquí se perfila, incluye, pero supera cualitativamente, una política de prestación de servicios por medio de terceros y una política de compra pública responsable. En todo caso, será necesario que la normativa para esta tarea de desarrollo de

sinergias, establezca con rigor los criterios de igualdad de trato; de forma que se distinga claramente la naturaleza de la empresa de la economía social solidaria y no se equipare a esta con la empresa tradicional de capital, regida por el afán de lucro. Será indispensable por parte de la CCSS, también una clara y permanente política que privilegie el desarrollo de acciones conjuntas en el nivel local con una activa participación de los gobiernos municipales.

El horizonte en esta dirección es que se integren, como en un ecosistema social e institucional de intercolaboración orientado a cumplir fines públicos, todo el conjunto de actores y factores que garantizarán de manera sostenible los resultados del sistema sanitario y de salud, cuya ancha e indispensable base deberá estar constituida por múltiples, transversales y permanentes acciones de promoción de estilos de vida saludables, del autocuidado y de prevención de la enfermedad.

En este ecosistema, la asistencia médica sanitaria de la CCSS se articulará en un modelo salubrista, con las diversas estrategias y acciones sociales que, con una activa participación ciudadana, conjuntamente garantizarán los mejores resultados en cuanto a indicadores de salud y de bienestar de la población, optimizando los recursos, gracias a la participación de los diversos actores sociales, locales e institucionales que lo integran, cada uno con roles propios claramente definidos. En esta perspectiva, el enfoque asistencial curativo y hospitalocentrista, que actualmente prevalece y cuyo costo económico y social es elevadísimo e insostenible, tiene necesariamente que ser superado.

La articulación del sistema sanitario y de salud o del ecosistema social e institucional aquí esbozado, será la expresión del nuevo pacto social y de Estado por el que se fortalecerá y evolucionará nuestro original y ya obsoleto modelo de seguridad social, para ponerlo a tono con las necesidades sociales y con perspectiva histórica de largo plazo. Esto supone, como condición indispensable, el riguroso cumplimiento de las obligaciones de contribución tripartita y del Estado para el financiamiento del sistema.

Para no enfrentar un futuro incierto y riesgoso para el progreso y la paz social de nuestra sociedad, no tenemos otra alternativa que salir del terreno de la imaginación, afianzarnos en los logros alcanzados, en sus fortalezas y en nuestros valores solidarios; y disponernos a trabajar arduamente por hacer realidad el nuevo pacto social para la CCSS, como un bastión del sistema sociosanitario costarricense de las próximas décadas.

CAPÍTULO II

Equidad e igualdad en los servicios de salud

Respuesta institucional a una población que demanda servicios de salud oportunos y pertinentes

María Eugenia Villalta Bonilla

Satisfacer una población demandante, con altas y amplias expectativas de atención de la salud que merecen recibir, obliga a la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) a cambiar e innovar en la prestación de servicios, para que sean más pertinentes, más cercanos y más sensibles a los cambios.

En 75 años, muchos pasos se han dado para avanzar en la cobertura del seguro de salud, (94,9 % en 2015) y garantizar a la población la equidad en el acceso a la atención.

En la institución, la constante es la búsqueda de soluciones para superar retos como lo es la oportunidad y la calidad en la atención de la salud.

La población tiene hoy la posibilidad de acceder a una amplia oferta de servicios, como por ejemplo tratamientos innovadores, procedimientos de alta complejidad, diagnósticos con tecnología de punta e infraestructura para la atención en cada rincón del país, entre otros; para todo esto se cuenta con recurso humano calificado.

No obstante estos avances, en la CCSS existen el interés y la ocupación por cerrar la brecha entre la oferta y la demanda, con oportunidad y calidad y de acuerdo con las necesidades y expectativas de la población.

La lista de espera es un síntoma de un problema estructural acumulado a través de los años. Aunque está claro que no existe un sistema de salud público que no tenga listas de espera, los plazos deben ser razonables y deben priorizarse los casos urgentes.

Son muchos los factores que intervienen en la gestión de listas de espera: el acceso a los servicios de salud, los determinantes médicos y de salud, los cambios demográficos y tecnológicos, los patrones de enfermedad y las expectativas de los pacientes. Además, debe considerarse la capacidad instalada de la institución, tanto en recursos humanos como financieros y de infraestructura y equipamiento. Y, sin duda lo más importante, el modelo de administración y de gestión de estos recursos, en busca de la eficiencia y la eficacia en la prestación de los servicios.

La búsqueda de espacios de mejora en cada una de las estrategias, es la punta de lanza para el logro y éxito de estas. La primera línea de abordaje de las listas de espera en este proceso, se ubica en el fortalecimiento de la gestión al estandarizar la información. Para ello es vital el desarrollo, la implementación y la puesta en marcha de sistemas de información, preferiblemente automatizados y en tiempo real, para la toma de decisiones en los niveles locales.

La Junta Directiva ha girado instrucciones precisas para el abordaje de este desafío, desde diferentes aristas. Con este propósito se elaboró el Plan de Atención Oportuna.

Se trata de una propuesta integral que tiene el propósito institucional de reducir los plazos de atención y promover la sostenibilidad y la oportunidad de la atención. Incluye múltiples intervenciones innovadoras que van desde la optimización de la capacidad instalada de las unidades institucionales hasta el fortalecimiento de infraestructura institucional.

Ser oportunos es el objetivo institucional

La institución apuesta por primera vez a atender las listas de espera con acciones que impacten en el plazo inmediato y con medidas estructurales que aseguren la sostenibilidad de la atención oportuna, en el mediano y largo plazos.

El Plan de Atención Oportuna es coordinado por una comisión desde la Gerencia Médica e incluye la participación de otras tres gerencias: Infraestructura, Logística y Financiera. Establece estrategias y variables que fueron discutidas con directores y especialistas de diferentes centros médicos.

Se debe entender que las listas de espera son un proceso dinámico, en el cual la demanda aumenta y la institución da respuesta con una capacidad limitada de recursos. A modo ilustrativo, los ingresos nuevos por mes en listas de espera en la CCSS, crecieron en un año de 9000 en 2015 a 15 000 en 2016.

Sería un error asumir que no se tendrán listas de espera, ningún sistema de salud del mundo lo ha logrado. De lo que sí se puede estar seguro, es de que existe la oportunidad de hacerlo mejor.

El reto de alcanzar plazos razonables en la atención, debe ser un esfuerzo país. Los que estamos adentro debemos hacer el mejor esfuerzo para ser mejores y más eficientes cada día. A los usuarios les corresponde hacer un buen uso de los servicios de la institución.

Oportunidades de mejora que se proponen en el plan

La Junta Directiva de la CCSS acordó para las listas de espera un plazo razonable de atención de un máximo de 90 días. En este sentido, los esfuerzos implicarán distintas líneas de trabajo, para poder alcanzar esta meta institucional.

El plan de abordaje de listas de espera es una hoja de ruta en la cual están definidas acciones a menos de 2 años (corto plazo), de 2 a 3 años (mediano plazo) y a 4 años (largo plazo).

Atender lo inmediato

Conscientes de que las medidas deben aplicarse sin demora, en la primera etapa del Plan de Atención Oportuna se consideraron acciones en el corto plazo que impacten tanto el tamaño de la lista como la oportunidad en la atención.

Entre las acciones inmediatas (desde el 2015) están las jornadas de producción en horario vespertino, en las especialidades con más listas de espera y en distintos centros médicos. Se ha habilitado este horario, primordialmente, para la atención de pacientes con necesidades quirúrgicas en cirugía general, ortopedia, cateterismo y oftalmología.

De igual forma, se promueven proyectos para el abordaje de las listas en una o varias especialidades. Para esto se abrió un fondo para que los directores de hospitales y sus equipos presenten sus propuestas. Esto permite el destino de recursos para que los hospitales desarrollen programas de cirugía vespertina, con lo cual se optimiza el uso de los quirófanos después de las 4 de la tarde.

Se puede mencionar, a modo de ejemplo, los proyectos presentados por el hospital Escalante Pradilla en la especialidad de otorrinolaringología; el hospital México en cirugía bariátrica y el hospital San Juan de Dios, en las especialidades de vascular periférico y cáncer.

Otra medida se enfoca en el fortalecimiento del programa de cirugía ambulatoria, con lo cual se propone su incremento en un 10 %, mediante criterios de homologación relacionados con técnicas quirúrgicas y anestésicas.

Como parte del plan se realizan derivaciones de cirugías, según nivel de complejidad; es decir, los hospitales regionales y locales y los centros de atención integrados de salud (CAIS), hacen intervenciones quirúrgicas ambulatorias, de baja y mediana complejidad, como hernias y vesículas, entre otras.

Un ejemplo es el hospital San Juan de Dios, que coordina con el hospital de Ciudad Neily y con los CAIS de Desamparados y Puriscal.

Parte de los esfuerzos ha sido reforzar estos establecimientos con recurso humano y equipamiento.

Se ha priorizado gestionar listas de espera de quirúrgicos, porque tienen más impacto en la población. Por ejemplo, hernias y vesículas son los diagnósticos más frecuentes en la especialidad de cirugía general, las cuales ya se han reducido en cantidad y en tiempo.

El objetivo es lograr listas de espera en quirúrgicos con mayor oportunidad, lo que significa reducir plazos de dos años a uno.

La priorización en la atención de los pacientes más antiguos, ha permitido ir reduciendo los plazos; sin embargo, esto debe ser un esfuerzo sostenido de los equipos quirúrgicos y de los directores de las diferentes unidades. Esto se logra con la programación de cirugías que tienen más años de estar en lista de espera.

La institución apuesta a una gestión eficiente de las listas de espera por parte de los centros médicos, para que no se repitan este tipo de situaciones. A ningún paciente debería asignarse una cita para periodos mayores a dos años.

La introducción de criterios de prioridad alta para atender pacientes nuevos, es otra estrategia innovadora que se aplica a partir del segundo semestre de 2016. Un paciente nuevo referido con este criterio, será atendido en menor plazo. Es una responsabilidad del médico tratante y de los gestores de los servicios, priorizar a los pacientes y con este propósito se entregó una herramienta.

Para ejemplarizar esta medida, en preconsulta externa se hace la referencia de un paciente de cáncer con prioridad alta, por lo que se le asigna una cita antes de los 30 días. Igualmente, en el caso de un procedimiento, un paciente con una orden de ultrasonido urgente, será atendido con mayor rapidez.

Se cuenta con una guía de consulta externa y todos los hospitales tienen personal capacitado.

Cabe señalar que el centro médico debe gestionar la lista de espera en orden cronológico e incluir a las personas que pueden esperar el plazo establecido, dado que su vida no está comprometida.

La depuración constante de las listas es otra de las medidas que han permitido reducir en cantidad y tiempo la atención en diversos centros médicos; así como disponer de datos reales, pues es importante que los pacientes operados y con sus problemas resueltos, no estén abultando las listas de espera.

Con sistemas de información automatizados se podrá determinar con precisión la cantidad de personas que esperan una cita nueva.

En esta fase, la ejecución de sistemas automatizados facilitará a los gerentes locales, información en tiempo real para la toma de decisiones, en los diferentes ámbitos de atención que tenga cada establecimiento o red de servicios de salud.

En el mediano plazo, el expediente electrónico permitirá a los gestores un registro actualizado y centralizado, que facilite la toma de decisiones oportunas en respuesta a las demandas de los usuarios. Esto coadyuvará de manera indirecta en la planificación de actividades estratégicas para la identificar las necesidades de recurso humano, infraestructura y equipamiento.

Una de las acciones es la integración de sistema del expediente digital único en salud (EDUS) con el módulo informático denominado Arca y el sistema de agendas y citas (SIAC).

Cabe señalar que un factor recurrente que afecta las listas de espera es el porcentaje de pacientes que no asisten a las citas. Con esto no solo se le quita la oportunidad a otra persona de ser atendida, sino que también se desaprovechan los recursos institucionales.

El EDUS facilitará la asignación automatizada de citas, lo cual ayudará a controlar mejor el tiempo de espera.

Lo anterior será posible por el esfuerzo de los centros hospitalarios en mantener un registro automatizado y actualizado, especialmente en la parte quirúrgica.

La conformación de equipos gestores de listas de espera, a fin de alcanzar tiempos razonables de atención, es otra apuesta institucional para la mejora gerencial.

La gestión de listas de espera requiere de un esfuerzo continuo bajo la premisa de la eficiencia y la eficacia; en este sentido, la institución invierte en el desarrollo de habilidades gerenciales para que los hospitales sean autogestores.

Esto implica equipos de alto rendimiento que promuevan la gestión articulada de los servicios; por ejemplo, servicios de emergencias con personal capacitado en clasificación de pacientes en el sistema canadiense (CTAS). Esta actividad se lleva a cabo a lo interno de la Gerencia Médica, con una gestión eficiente de camas de hospitalización, concluyendo con el uso adecuado, eficiente, oportuno y con calidad, de salas de operaciones.

Estas acciones son parte de un cambio cultural que debe trascender y calar en la labor de todos los funcionarios de la institución; el cual se realiza intensamente para renovar un estilo de trabajo que se encuentra arraigado en los trabajadores de salud.

Es una oportunidad para que los directores médicos locales fomenten la creación de equipos de alto rendimiento, con la articulación eficiente de todos los servicios hospitalarios. Esto es una condición básica para la optimización de los recursos.

Lo anterior conlleva la participación de las diferentes unidades tales como los servicios de emergencias, hospitalización, consulta externa, diagnósticos, registros médicos, quirúrgicos y anestesia.

Para el monitoreo y la evaluación permanente de los procesos, se ha establecido el uso de indicadores por parte de estos equipos gestores.

Sin duda, se pueden crear oportunidades de mejora en la gestión de listas de espera, al trabajar en la optimización de recursos, al disponer de indicadores y al establecer una cultura de rendición de cuentas. Todo esto implica un cambio en la cultura institucional y un esfuerzo de todos por utilizar nuevas herramientas que permitan alcanzar objetivos medibles y de impacto.

Otras acciones de corto plazo que se desarrollan, son el reforzamiento de los hospitales regionales y periféricos con equipo básico y con tecnología, para que tengan mayor capacidad resolutive; y la capacitación de los médicos del primero y segundo nivel de atención, en los diagnósticos más frecuentes.

Se trabaja también en una guía del sistema de referencia y contrarreferencia, pues este ha sido uno de los temas difíciles entre los niveles de gestión. Se pretende que salgan las referencias que se requieren y se atiendan las contrarreferencias. A cada paciente que regresa al primer nivel de atención, se le debe dar el seguimiento pertinente.

Se tiene la convicción de que con este conjunto de acciones de corto plazo se dé respuesta a los problemas agudos que la población pide que sean atendidos con oportunidad.

La institución también actúa con una mirada de mediano y largo plazo, para darle sostenibilidad a la estrategia de atención oportuna.

Mirada puesta en el futuro

El manejo de tiempos de espera razonables requiere de medidas orientadas a abordar el tema desde su génesis. La Caja Costarricense de Seguro Social apuesta en los próximos años a la implementación de un modelo de prestación de servicios de salud más adecuado, articulado, racional en el uso de los recursos y basado en la red de servicios institucional.

Se reconoce que el modelo readecuado de atención (primer nivel) iniciado a mediados de los años noventa, no está concluido y que tampoco se diseñó un modelo para el segundo y tercer nivel de atención. De esto se deriva la existencia de servicios de salud descoordinados y con capacidades de resolución diversas.

Aunado a lo anterior, los cambios en el perfil demográfico, epidemiológico y la creciente presión social por el acceso a servicios oportunos y eficientes; motivaron que en la institución se planteara la necesidad de una propuesta para fortalecer y mejorar la prestación de los servicios de salud que brinda la Caja.

La Junta Directiva aprobó la implementación de medidas para el fortalecimiento de la prestación de servicios de salud, las cuales buscan aumentar la capacidad resolutive, primordialmente, en el primero y segundo nivel de atención.

La institución requiere de un primer nivel con más capacidad resolutive, inmerso en una red de servicios de salud que se autogestiona y atiende las necesidades de la población. De este desarrollo depende en gran medida el éxito y la sostenibilidad del sistema de salud. Por ejemplo, en la actualidad se piden muchos procedimientos para un diagnóstico; se debe desarrollar mayor capacidad de diagnóstico clínico y menos dependencia de las herramientas tecnológicas.

Se necesita reordenar el segundo nivel de atención, que es parte fundamental de un sistema escalonado, para la atención de problemas de mayor complejidad, con capacidad para encargarse de los problemas de salud que el primer nivel no puede resolver.

El tercer nivel, conformado por los hospitales, debe atender los problemas de salud complejos, que requieren intervenciones altamente especializadas y tecnología acorde con este tipo de intervenciones.

Dentro de las acciones estratégicas se ha designado un grupo tarea responsable de una adecuada organización de la prestación de servicios de salud, de la definición de la intervención por nivel de atención y, por ende, de la equidad en la distribución de los recursos, el aseguramiento de la accesibilidad y la continuidad de la atención para la población.

Otro aspecto esencial es la formación de recurso humano adecuado. Las universidades nacionales tienen el reto de producir profesionales con una sólida formación técnica y administrativa; se debe desde la formación inculcar herramientas de optimización de los recursos, que sean de impacto para la población.

Es responsabilidad de todos los trabajadores de la salud, utilizar en forma adecuada los recursos que se asignan. Este debe ser, desde la génesis, el cambio estructural que debe promoverse desde las universidades.

Crecimiento de los servicios de salud en el largo plazo

El crecimiento de los servicios de salud en el largo plazo debe estar dirigido al aumento de la demanda y al cierre de las brechas. Para ello se podrían implementar, entre otros, los segundos turnos.

Se debe buscar el incremento de la capacidad instalada con recurso humano especializado, técnico y de apoyo nuevo, con áreas de trabajo fortalecidas, en busca de un equilibrio entre la oferta y la demanda de los servicios.

La institución tiene un plan de formación del recurso humano especializado, cuyo objetivo es cerrar las brechas en los diferentes niveles de atención.

Lo anterior debe ir acorde con el crecimiento de la infraestructura, el equipamiento y los servicios de apoyo, con una clara y definida sostenibilidad del sistema de seguridad social. Regresar a medidas de la contención del gasto, limitará la oportunidad y la calidad de los servicios.

Se debe determinar el crecimiento de la oferta y llevarlo del actual exclusivo que llega hasta las 4 de la tarde a la uno que abarque al menos hasta las 9 de la noche, denominando a esta jornada segundo turno laboral. Este segundo turno estaría dirigido a la atención de las listas de espera en las especialidades consideradas como críticas (cirugía general, anestesiología, urología, radiología, ortopedia, ginecología, medicina extracorpórea y cardiología hemodinamista).

Es importante desarrollar nuevos modelos de contratación de especialistas, que en primera instancia cubran las necesidades institucionales del primer turno y la creación de segundos turnos laborales. Lo anterior, promoviendo la productividad y la optimización de los servicios.

Los equipos deben implementar metodologías de autoevaluación e identificación de espacios de mejora, en los diferentes servicios de cada uno de los establecimientos, promoviendo así la toma de decisiones locales.

Sin duda existen oportunidades de mejora en las diferentes áreas.

El nivel central deberá convertirse en una instancia exclusivamente regulatoria de la gestión y delegar la responsabilidad y las funciones operativas que en este momento realiza. Pasaría de ser un agente central operativo a un enlace intergerencial, con un sistema de información estandarizado institucional, que ofrezca información para la toma de decisiones estratégicas, en los ámbitos de la prestación de los servicios de salud en medicina especializada.

Finalmente, el usuario también tiene una importante cuota de responsabilidad con su salud y en el uso adecuado de los servicios de salud.

Un país que emprendió un sueño de la mano de tres grandes hombres representantes de la Iglesia, el Gobierno y el partido comunista; es hoy un país maduro que debe tener la capacidad de proteger y transformar, para las futuras generaciones, uno de sus principales legados: la Caja Costarricense de Seguro Social.

Hoy se asume el reto y se trabaja en el plan de atención oportuna, cuyos objetivos son:

Objetivo 1. Desarrollar las capacidades para la gestión de la oferta y de la demanda en los niveles de atención que brindan medicina especializada.

Objetivo 2. Desarrollar las habilidades gerenciales en los niveles de atención que refieran pacientes a medicina especializada.

Objetivo 3. Fortalecer el recurso físico, el equipamiento y los sistemas de información.

Objetivo 4. Fortalecer la articulación entre niveles, para atender a la población que requiere medicina especializada.

Objetivo 5. Optimizar la capacidad instalada existente en los establecimientos, dirigida a la atención de pacientes programados (electivos) y urgentes.

Objetivo 6. Proyectar la sustitución y el crecimiento de los servicios de salud dirigidos a la reducción de los plazos de espera, en los nuevos escenarios institucionales, en el ámbito del desarrollo de la medicina especializada.

Objetivo 7. Establecer canales de comunicación para socializar la información y mejorar la percepción de los usuarios externos e internos, desde la perspectiva de la prestación de servicios que brinda la Caja.

Configuración de la prestación de servicios de salud en red, centrada en las personas

María del Rocío Sánchez Montero

A lo largo de varias décadas, Costa Rica ha tenido importantes logros que la ubican en la vanguardia de los países latinoamericanos en materia de seguridad social y cobertura de salud universal. No obstante, se presentan para el país grandes desafíos, producto de los cambios demográficos y epidemiológicos que se traducen, entre otros, en un envejecimiento progresivo de la población y una carga de la enfermedad liderada por las enfermedades no transmisibles, las cuales coexisten con el incremento de las lesiones y muertes por causas violentas y con la persistencia de los riesgos para la salud, que se asocian a las condiciones de vida, los hábitos y el comportamiento de las personas y las afectan en forma individual, a sus familias y a la comunidad.

Se prevé que el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades crónicas y de las discapacidades que requieren intervenciones complejas y costosas, seguirán figurando entre los principales retos para la salud pública durante el presente siglo (OPS, 2012).

Otro aspecto no menos importante, es que la población demanda cada vez más una atención oportuna, un mejor trato y mayor claridad en la información que se le brinda respecto al estado de salud y enfermedad.

Estos desafíos conllevan al país a la necesidad de plantear políticas y estrategias sectoriales e intersectoriales, dirigidas a asegurar el derecho a la salud, la equidad, la cobertura y la calidad en la prestación de los servicios. Todo esto a partir del conocimiento de las necesidades de salud de la población, teniendo en cuenta que la salud es un constructo social del que todos formamos parte.

En concordancia con lo anterior, la visión de la Caja centenaria está orientada a situar a las personas en el centro de las decisiones institucionales, lo que implica fortalecer las acciones para responder con calidad, calidez y oportunidad a todas sus necesidades (Sáenz, 2016). Para ello se requiere la participación activa de la población, de los funcionarios y de otros actores sociales, en un marco de deberes y derechos, fortaleciendo los principios que le dieron vida y que han sido los pilares fundamentales del quehacer institucional, a lo largo de su historia.

Es por esto que la Caja plantea el abordaje de la prestación de servicios, procurando una atención más cercana a la población. Para ello se requiere identificar y priorizar las necesidades de salud, promoviendo relaciones de corresponsabilidad entre el equipo de salud y la población, por medio de acciones de promoción y prevención, que procuren mejorar la calidad de vida y un mejor control de los factores de riesgo de enfermar.

Esta estrategia provee una visión integral de la salud, en la que los servicios son administrados y entregados de una manera que asegura que las personas reciban un conjunto de acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, de acuerdo con las necesidades. Estas acciones se darán en los diferentes niveles y sitios de atención, a lo largo del curso de su vida y teniendo en cuenta aspectos interculturales y de género.

En este marco, el primer nivel de atención se presenta como el mejor escenario para coordinar acciones conjuntas con el segundo y tercer nivel de atención, que garanticen la continuidad en el cuidado de la salud de las personas, a lo largo de su vida.

Para lograr esto, se requiere la participación activa del individuo, la familia y la comunidad, en el desarrollo del proceso de la salud; procurando que aquellas acciones que se realizan durante la niñez y la adolescencia, tengan efecto en el adulto, en el adulto mayor y en las siguientes generaciones (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2015). También es necesaria la adaptación continua de los servicios a los cambios sociodemográficos, asistenciales y tecnológicos, con estrategias que mejoren las condiciones de salud de la población y optimicen los recursos. Todo esto en un ámbito de sostenibilidad financiera (CCSS, 2016).

Los beneficios de la aplicación de las estrategias que procuran el enfoque de los servicios de salud centrados en las personas, están bien documentados. Entre esos beneficios destacan: mayor equidad en la prestación de servicios, una mejor capacidad para la atención de situaciones de crisis, mejor autocuidado de la salud y mejora las relaciones entre los equipos de salud y sus pacientes, procurando una mayor eficiencia y disminución de costos. Todo esto trae como consecuencia, una población satisfecha con la atención recibida (WHO, 2015).

Con ello se procura lograr un impacto positivo y sostenible en la salud de la población. Esto se lograría por medio de una visión de la prestación de los servicios que promueva no sólo la atención de la enfermedad con calidad, sino también, fomentar la salud de las personas con su participación activa; impulsando la continuidad de la atención, mediante el desarrollo de redes de servicios de salud. La aplicación de este modelo, constituye un cambio del paradigma fundamental en la forma en que los servicios de salud son entregados, gestionados y financiados; y requiere de un compromiso genuino para involucrarse con las comunidades en la protección de su salud.

Tabla 1. Cambio de paradigma para acercar los servicios de salud a las personas

De	A
Enfoque curativo	Enfoque preventivo
Enfoque biomédico	Enfoque biopsicosocial
Enfoque asistencialista	Enfoque promocional y comunitario
Enfoque hospitalario	Enfoque ambulatorio
Enfoque de niveles	Organización en redes integradas de servicios

Modificado de: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). *Guía para la implementación de las redes integradas e integrales de servicios de salud (RIISS)*. Paraguay.

En este contexto, la institución tiene el compromiso de lograr una transformación cultural en la forma de visualizar la salud y la enfermedad y, por ende, incorporar el enfoque centrado en las personas en el proceso de la prestación de servicios. Esto se hará mediante el desarrollo de estrategias de atención y de gestión innovadoras, creativas y oportunas; y la organización de los servicios en red.

Esta transformación de la prestación de los servicios promueve, entre otras, las siguientes estrategias:

- Fortalecimiento del primer nivel de atención, posicionándolo como coordinador de la continuidad de la atención.

- Énfasis en la promoción y prevención, empoderando a las personas y a las comunidades, para hacerse responsables del cuidado de su salud.
- Inversión en soluciones y prácticas de atención ambulatorias y en el propio entorno de las personas.
- Integración y colaboración de los servicios de salud, mediante el logro de objetivos comunes y la organización en redes.
- Utilización de tecnologías costo-efectivas, en el lugar apropiado.
- Recursos humanos para sistemas centrados en las personas, basados en atención primaria de la salud (APS) y estructurados en redes.

El enfoque de redes integradas de servicios de salud (RISS), constituye una estrategia global planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se contextualiza dentro del concepto de la salud universal, que promueve que “todas las personas y comunidades tengan acceso sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de estos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras” (Artaza, 2016). Este constituye el gran objetivo que los países miembros del continente americano se han trazado para los próximos años.

El objetivo de las redes integradas de servicios de salud es “contribuir al desarrollo de modelos de atención basados en la estrategia de Atención Primaria de Salud, pasando de un patrón desarticulado y episódico a un modelo integrado, continuado, complementario, coordinado y proactivo en la provisión de servicios en los que la atención de salud se hace accesible a todos los individuos y a un costo aceptable para la comunidad y el país” (Red colaborativa, 2016). Para ello, la red integrada promueve e implementa mecanismos para el acceso de la población a servicios equitativos, eficientes y de calidad, optimizando la organización y gestión en todos los niveles de atención.

Como parte del enfoque de RISS, se pretende organizar los servicios de salud alrededor de las necesidades y expectativas de la población, para hacerlos socialmente más relevantes y sensibles a los cambios. Con esto, se producirán mejores resultados.

Se propone avanzar de forma progresiva a fin de superar la poca coordinación y articulación que hay entre los diferentes niveles de atención. Esta falta de articulación produce duplicidad de servicios, capacidad productiva ociosa y servicios de cuidado de la salud en el lugar menos apropiado, especialmente en hospitales. Todo esto conduce a dificultades de acceso a los servicios, pérdida de continuidad en la atención y servicios de salud inadecuados para satisfacer las necesidades de la población (Montenegro y otros, 2011).

En este sentido, la CCSS (2013b) define la red de prestación de servicios de salud como:

Un conjunto de establecimientos coordinados y articulados, que prestan servicios de salud en distintos ámbitos de complejidad, con responsabilidades asignadas y objetivos comunes, para asegurar el continuo asistencial de la población, en un espacio geográfico y/o funcional y en un marco de mejoramiento continuo de la calidad, la eficiencia, sostenibilidad económica y rendición de cuentas transparente.

La organización en red incorpora a todos los actores que interactúan en un territorio definido, como responsables de los resultados en salud de su población. Es por ello que el proceso de definir con claridad y de manera participativa las funciones para cada miembro de la red, es un componente esencial en la construcción de confianza, compromiso y colaboración.

Además, las metas comunes y compartidas ayudan a definir y consolidar la red. Es importante que los miembros tengan claridad sobre el propósito de la red y conocimiento de los objetivos de la misma, para la cooperación y el trabajo conjunto.

La operación de las redes se realiza a través de diferentes mecanismos institucionales, que pueden ser clínicos y no clínicos. Los mecanismos clínicos se relacionan propiamente con la prestación de servicios; entre ellos, se mencionan los siguientes: la conformación de equipos multidisciplinarios, la rotación de personal entre los niveles de atención, el expediente clínico único, las guías y protocolos de referencia y contrarreferencia, la gestión de casos, el uso de tecnología (por ejemplo, telesalud), el autocuidado y los cuidados en el hogar, la implementación de formas innovadoras de atención y de gestión (atención a domicilio, hospitalización domiciliar, hospital de día, alta programada, entre otras).

De esta forma, el conjunto de establecimientos de salud de diferentes niveles de complejidad que conforman la red, se relacionan mediante protocolos, guías y formas de trabajo, acordados y validados entre sus integrantes y con la participación de la población usuaria de sus servicios. En estos instrumentos de trabajo se debe permitir el tránsito de los usuarios entre los diferentes establecimientos, de acuerdo con el flujo determinado para cada uno de los problemas y necesidades de salud prioritarios. Además, se debe asegurar la continuidad de la atención en el tiempo; es decir, la prestación de servicios a lo largo del curso de vida de las personas. En este sentido, se identifican algunas formas de relación y coordinación en la red, como son las siguientes:

Temática: orientada hacia la integración de los procesos clínicos para el abordaje conjunto de patologías o problemas de salud específicos, como es el caso de la atención de personas con enfermedades crónicas, entre otros.

Por afinidad: surge cuando varios establecimientos de salud, con intereses mutuos, se organizan para la prestación o la gestión de algunos servicios específicos; por ejemplo, la coordinación para realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos, como mamografías, ultrasonidos, pruebas de laboratorio, cirugías mayores y menores.

Por otra parte, además de los aspectos relacionados con la prestación y la gestión clínica de servicios de salud, propiamente dicha, la organización en red de servicios de salud requiere integrar en su funcionamiento todos los elementos de orden administrativo y financiero que permitan su desarrollo. Los mecanismos no clínicos se relacionan con el apoyo al proceso asistencial, donde destacan, entre otros, misión y visión compartidas, planificación estratégica, asignación de recursos y evaluación del desempeño compartidos, definición de funciones y responsabilidades de cada componente de la red, participación del personal y de la población usuaria en la gobernanza de la red, regulación y normalización de la prestación, sistemas de apoyo clínico y logístico, desarrollo de sistemas de información unificados y definición de estrategias para la participación intersectorial.

Esto requiere de una clara definición del gobierno único. Un gobierno que gestione recursos y articule los establecimientos de la red, que defina mecanismos y estrategias para el logro de los objetivos comunes, así como la optimización y uso apropiado de los recursos; además, que potencie las fortalezas y el acceso efectivo a la atención de la salud con equidad, continuidad y calidad. A esta instancia de gobierno de la red se le delegan funciones y responsabilidades, por las cuales deberá rendir cuentas en forma transparente.

De esta forma, la gestión en red se centra en la arquitectura organizacional del sistema de prestación de los servicios de salud. Este sistema reúne en una misma organización a proveedores de distintos niveles de atención y de diferente complejidad, los cuales comparten actividades de forma organizada, con objetivos y proyectos comunes, que permiten establecer acuerdos para compartir recursos (OPS, 2008). Con una integración más efectiva y eficiente, se da una mayor complementariedad en la gestión de los recursos de la red (humanos, de equipamiento, de mantenimiento, presupuestarios y otros).

La existencia de mecanismos de gestión desconcentrados y flexibles, es clave para el éxito de los esfuerzos de integración. Esto permitirá el ajuste de las estrategias a la realidad local (Artaza, 2016).

La formación y capacitación de los recursos humanos, resulta fundamental para la operación de los servicios de salud en red. Aunado a ello, la comunicación y los sistemas de información efectivos, son claves para la calidad de los vínculos, la efectividad de la red y para su capacidad de adaptación. Las redes exitosas requerirán de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos y en elementos como el soporte financiero y el control de la gestión. Todos estos elementos deben concordar con los objetivos de la red.

Por otra parte, es relevante identificar los mecanismos de asignación de los recursos presupuestarios requeridos para garantizar que las estrategias que se propongan en la red, puedan ser implementadas. A esto se suma la importancia de contar con sistemas de evaluación que incorporen aspectos asociados al desempeño de la red. Esto implicará un seguimiento de los indicadores de resultados para evaluar el progreso hacia objetivos específicos y medibles, el fortalecimiento de los sistemas de información, la adopción de un enfoque de aprendizaje activo y la ejecución de investigaciones sobre las estrategias de implementación (Artaza, 2016).

Cada establecimiento de salud que conforma una red, deberá adaptar sus procesos productivos a las condiciones epidemiológicas y sociodemográficas de la población a su cargo, en procura de cumplir con la efectividad de la prestación de los servicios con enfoque de red.

Todos los integrantes de la red deben revisar en forma periódica la opinión de las personas usuarias respecto de los servicios, la relación costo-efectividad de las acciones desarrolladas, la calidad de sus procesos productivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y sus recursos.

La organización en red debe conducir a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración intra e interniveles. También implica la gestión del cambio, la planeación y ejecución de acciones de formación y capacitación continua de sus equipos técnicos y administrativos, todo de acuerdo con el enfoque propuesto.

El avance en la conformación, organización y funcionamiento de las redes es gradual y se da de forma paulatina; sin embargo, debe ir mostrando grados de avance de acuerdo con lo planificado. Se deben hacer los ajustes necesarios a partir del monitoreo y de la evaluación del proceso de implementación de la red; también se deben considerar en este proceso de ajuste, las lecciones aprendidas y las experiencias exitosas, tanto a nivel nacional como internacional.

En concordancia con los atributos aprobados a nivel internacional, se ha definido un conjunto de instrumentos y mecanismos para el funcionamiento de las redes, entre los que destacan los siguientes (OPS/OMS, 2009):

- Asignación de la población que se atenderá, con base en el territorio seleccionado.
- Planificación de los servicios de acuerdo con las necesidades de salud de la población.
- Identificación del conjunto integral de servicios de salud que se brindará a la población en cada territorio.
- Normalización del modelo de atención centrado en las personas, la familia y la comunidad, que incluya el enfoque intercultural y de género en la prestación de los servicios.
- Identificación de los mecanismos de articulación entre los niveles de atención, según el grado de complejidad.
- Regulación del ingreso al sistema y del acceso a la atención especializada.
- Políticas de formación y gestión de los recursos humanos compatibles con las redes.
- Identificación de nuevas formas de asignación de recursos presupuestarios acordes a la gestión por resultados y al enfoque de red.

- Colaboración intersectorial para abordar los determinantes de la salud y la equidad en salud.
- Políticas públicas integradas entre los distintos sectores. Esto requiere, necesariamente, una fuerte rectoría y gobernanza de la autoridad sanitaria en el sistema de salud.

Las principales conclusiones en torno al tema de la prestación centrada en las personas y la organización de redes integradas de servicios de salud, tienen relación con el hecho de que poner a las personas, a la familia y a la comunidad en el centro de la prestación, hace al servicio de salud más receptivo, integral, integrado y accesible. Además, se encuentra mejor posicionado para responder a las amenazas emergentes, al ofrecer un método coordinado para abordar las necesidades prioritarias de salud que enfrenta la población, en el ámbito de la prestación de servicios.

No obstante, los procesos de integración y de coordinación asistencial son complejos y de largo plazo; exigen cambios sistémicos amplios, por lo que las intervenciones parciales suelen ser insuficientes. De hecho, la integración no significa que todos los componentes de la red deban estar integrados en una sola modalidad; por el contrario, pueden coexistir diversos grados de integración en un solo sistema.

Los países que han avanzado en el desarrollo de las RISS, tienen muchas micro experiencias de éxito, pero no han logrado consolidar las redes en su máxima expresión.

Se requiere de un alto grado de motivación, compromiso y participación colectivos por parte del personal de salud, de los gestores de los servicios y de la población misma. Un requisito es que no hay redes sin pares que se hablen. Se debe procurar que el primer nivel pueda coordinar efectivamente con el nivel hospitalario, en un ámbito de corresponsabilidad en el logro de los objetivos comunes de la red.

Es meritorio dar seguimiento a algunos temas clave que representan nudos críticos para el fortalecimiento de la RISS, entre los que destacan:

- Gobierno de la red: cómo lograr poner de acuerdo a diferentes actores de diversas instancias, para que tengan objetivos comunes y los cumplan.
- Cómo se entiende la gestión de los procesos asistenciales: muchos servicios de salud tienen guías clínicas, pero éstas son construidas por grupos de expertos desde los niveles de gestión, con poca o ninguna participación de los niveles operativos. La ruta crítica es reorientar los servicios de salud con la participación de todos los involucrados, incluyendo a la población usuaria de los servicios, que debe estar en el centro de la atención.
- La continuidad es clave en la red. Cuando la persona usuaria nota “interrupciones” en la prestación y continuidad de los servicios, es un indicativo de que las redes no están funcionando adecuadamente.

Abordar estos desafíos requiere un compromiso político sostenido, liderazgo transformacional, enfoques de gestión del cambio y de la participación activa de los equipos de salud y de las comunidades. Esto debe traducirse en una colaboración eficaz entre todos los actores, incluyendo, entre otros, las organizaciones de desarrollo, las municipalidades, los grupos de ciudadanos, las asociaciones de proveedores de servicios de salud y los académicos e investigadores; además, con el apoyo tanto de organizaciones nacionales como internacionales.

Esto requerirá abrir espacios de diálogo permanente, así como sistematizar y compartir experiencias exitosas, a partir del análisis periódico de las necesidades de salud y el ajuste de los servicios. Se debe tener conciencia de que la evolución institucional tiene que ver con la transformación de la gestión; la formación y capacitación del recurso humano como una estrategia transversal; la aceptación de las limitaciones como equipo y el compromiso en la mejora continua de la calidad de los servicios que se entrega a las personas (CCSS, 2013a), quienes son la razón de ser de la Caja.

Bibliografía

Artaza, O. 2016. Redes integradas de servicios de salud, respuestas efectivas más allá de la fragmentación. OPS. Buenos Aires, Argentina.

Caja Costarricense de Seguro Social. 2013a. Experiencias de atención continuada y nuevas modalidades de atención en red. Área de Atención Integral a las Personas. Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social. 2013b. Perfil de proyecto para el desarrollo de la propuesta de RISS-CCSS. EquipoTécnico Intergerencial. Costa Rica.

Caja Costarricense de Seguro Social. 2016. Fortalecimiento de la prestación de servicios de salud. Propuesta ajustada a la prueba de campo. Grupo de Tarea Intergerencial.

Montenegro, H. y otros. 2011. Combating Health Care Fragmentation through Integrated Health Service Delivery Networks in the Americas: Lessons Learned. En: *Journal of Integrated Care* 19 (5), october. Emerald Group Publishing Limited. Recuperado el 10 de junio de 2016 de http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=6183&Itemid=3553

Organización Panamericana de la Salud. 2008. *Gestión de redes en la OPS/OMS Brasil: Conceptos, prácticas y lecciones aprendidas*. Brasilia. Recuperado de: http://www.panalimentos.org/rilaa/documentos/Redes_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. 2009. Redes integradas de servicios de salud basadas en la atención primaria de salud. Documento CD49-16. 49.º Consejo Directivo, 61.ª sesión del Comité Regional. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud. 2012. *Mejora de los cuidados crónicos a través de las redes integradas de servicios de salud*. Washington, D. C.

Red colaborativa regional de apoyo a la gestión de redes de servicios de salud (Rissalud). 2016. Recuperado el 22 de junio de 2016 de <http://www.rissalud.net/index.php> Universidad Isalud/BID, Buenos Aires, Argentina.

Sáenz, MR. 2016. Oficio PE-0679-2016, 10 de marzo. CCSS, Costa Rica.

Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2015. Orientaciones para la planificación y programación en red. División de Atención Primaria, Gobierno de Chile.

World Health Organization. 2015. *WHO global strategy on people-centred and integrated health services*. Interim report. Geneva, Switzerland: WHO.

La atención de la salud con acceso oportuno, de calidad y con calidez

William Vargas González

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) fue creada en 1941 con un concepto visionario. Ha tenido desde entonces cambios profundos que contribuyeron a su modernización y a la extensión de su cobertura, hasta alcanzar prácticamente la universalización a inicios del nuevo milenio. En 1950, la CCSS inicia la extensión de cobertura de asegurados directos a las zonas rurales y para finales de esa década ya incluye a los familiares directos, esposa, hijos y padres dependientes (Miranda, 1994).

En 1971 se aprueba la ley 4750, la cual elimina los topes salariales para la cotización del seguro de salud, lo que permite el ingreso de toda la población asalariada al sistema. En 1973 se promulgó la ley 5349, llamada de “traspaso de hospitales”, por medio de la cual el Ministerio de Salud, las juntas de protección social y las compañías bananeras trasladaron a la Caja los recursos físicos, humanos y financieros de los hospitales bajo su responsabilidad (Miranda, 1994).

Durante los primeros años de la década de los noventa, se elaboró un gran proyecto con apoyo financiero del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). En 1994, con el nuevo Gobierno se inician las actividades, principalmente del componente de readecuación del modelo de atención. Con esto, la CCSS asume la atención de las personas en los tres niveles del sistema de salud, en todo el territorio nacional.

Estos últimos cambios representaron enormes retos para la CCSS, entre los que destacan los siguientes: asumir en su totalidad la atención de las personas en todo el país y en todos los niveles del sistema; establecer un sistema de información, monitoreo y evaluación por áreas de salud (los compromisos de gestión); construir, remodelar, equipar y contratar el personal necesario para centenares de pequeños centros de salud en todo el territorio nacional, las sedes de los Ebais; y capacitar a cientos de funcionarios integrantes de los Ebais y de los equipos de apoyo en la nueva modalidad de “atención integral de salud”. Fue un verdadero cambio cualitativo y cuantitativo, principalmente en el primer nivel (Vargas, 2011).

En el año 2014 la CCSS suministró los siguientes servicios: 7.6 millones de consultas generales, 5.5 millones de atenciones de emergencia, 2.9 millones de consultas especializadas, 2.4 millones de consultas odontológicas, 613 mil consultas por otros profesionales, 1.8 millones de personas atendidas por ATAP a domicilio y 340 000 egresos hospitalarios (CCSS, 2014).

Los usuarios del servicio de salud

Los usuarios de un servicio de salud público pueden ser cualquier persona de cualquier clase social, con una amplia variación del lenguaje, la expresividad y la cultura; esto dificulta la comunicación del usuario con el equipo de salud. Además, se debe considerar las diferentes edades, con necesidades

diversas propias de cada edad; las diferencias de religión, sexo y etnia; las personas poco comunicativas o con discapacidades importantes; las personas con trastornos psicológicos y psiquiátricos; y las diferencias entre la población rural y la urbana.

La pobreza, el desempleo, el retardo mental y el escaso nivel de alfabetismo; las personas que viven en precarios, entre otros; son factores que condicionan un riesgo elevado de enfermedad física y de patología psicosocial. Estas personas difícilmente aplican los mensajes educativos, completan los tratamientos indicados o acuden puntualmente a las citas. Estos usuarios y usuarias se constituyen en verdaderos retos para los servicios de salud. El médico y el equipo de salud deben ofrecer cotidianamente, consejos prácticos e información sobre los problemas de salud identificados en cada usuario, así como recomendaciones sobre los aspectos de prevención y de autocuidado. Los consejos solo pueden ser prácticos y de utilidad si se toma en cuenta esta variedad en los receptores y en los condicionantes del proceso salud-enfermedad.

Otro grupo especial son los policonsultantes, que son personas que casi todas las semanas, y a veces más frecuentemente, solicitan una cita en el servicio de salud. Estas personas también deben identificarse y recibir un trato especial; se debe identificar los principales motivos de las consultas, con el propósito de ofrecer una mejor orientación. Por ejemplo, referirlas a un grupo de autoayuda que funcione o constituir con ellas un nuevo grupo, en donde colabore algún miembro del equipo de salud.

Cambios en la relación médico-paciente

La relación médico-paciente ha tenido cambios significativos en las últimas décadas; cambios de enorme relevancia para el ejercicio moderno de la medicina. Esto repercute significativamente en la calidad de la atención de salud. A continuación se expone un resumen de los resultados de una investigación, con la técnica de “grupos focales”, sobre la percepción que tienen los médicos de Chile, un país con algunas características semejantes a Costa Rica, en cuanto a la atención médica, y que podrían ilustrar una tendencia (Bascuñán, 2005).

Tecnificación y especialización de la medicina

Según la percepción de los médicos, la tecnificación y especialización médica han provocado en gran parte su deshumanización. [...] la «burocratización de la medicina se refleja en una progresiva despersonalización de la relación» [...] «No hay tiempo para crear un lazo afectivo con el paciente» [...] Los estándares internacionales, la medicina basada en la evidencia y la tecnología van reemplazando el arte de la medicina, la experiencia y habilidades clínicas del médico [...]

Cambios sociales y características de los usuarios

Explosión y masificación del conocimiento: Los pacientes están más informados «obtienen datos en internet o en la prensa no especializada, lo que hace que incluso en muchas oportunidades cuenten con información mayor o más actualizada que las de los médicos» [...] «El mayor conocimiento aunque sea superficial... les da más seguridad a los pacientes» [...] y cambia el tipo de relación que se establece.

Pérdida de respeto y deferencia: [...] «La relación médico-paciente se ha aplanado y se cuestiona lo que el médico hace, se pierde el respeto de los pacientes» [...] La mayor «ingratitude y agresividad de la gente hace que sea otra cosa» [...] «Eso del -gracias Dr. usted me ayudó- es lo que satisface y hoy no es así, se debe hacer lo que tiene que hacer y pobre si no lo hace» [...]

Redefinición de expectativa: Se percibe «un cambio fundamental y masivo en el nivel de exigencia y expectativas del paciente y la sociedad». [...] «Se cae en el juego de responder a las expectativas...

y uno pide y pide exámenes, este es un globo que tiene que reventar» [...] La medicina se encarece pero «si no se hacen todos esos exámenes la gente está insatisfecha» [...] Los avances en medicina no pueden evitar acontecimientos naturales de la vida como el envejecimiento, el sufrimiento y la muerte. «El público ha cambiado y siente derecho a exigir a estar sano... nos exigen que no se mueran» [...] Por un lado «ya no somos dioses, pero sí somos dioses porque no podemos equivocarnos ni fallar» [...]

El problema es la «desconfianza... se supone que todo lo malo que pasa es por una mala praxis o porque existe un inconfesado interés económico detrás» [...] «Hay una sensación de estar en guardia por el cuestionamiento y desconfianza de pacientes» [...] En este contexto se reporta un desencanto con la profesión. «La mayoría estudió la carrera porque nos gustaba y creíamos que podíamos ser útiles, pero se enfrenta una realidad distinta» [...] «Existe la vocación de dar pero no hay quien la reciba» [...]

Los relatos que hacen los médicos en este estudio son de frustración e incertidumbre; las demandas judiciales a que se exponen son más frecuentes. La investigación señala una situación que provoca incertidumbre y temor en muchos profesionales de la medicina, lo cual es un factor de restricción de la atención médica con calidad y calidez.

Los niveles de atención

Otra característica de los servicios de salud universales, como los que presta la CCSS, son los niveles de atención. Desde la década de los años 90, la CCSS adoptó la atención de salud en tres niveles. El primer nivel incluye los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebais) con sus grupos de apoyo, lo que constituyen las áreas de salud; el segundo, un nivel especializado de consulta ambulatoria, generalmente ubicado en las grandes clínicas del Área Metropolitana y en las cabeceras de provincia; y, el tercer nivel, son los hospitales.

Actualmente el país dispone de 29 hospitales, 15 clínicas tipo IV, con servicios especializados, y alrededor de 1100 Ebais. Los grandes hospitales generales, especializados y regionales, tienen un abanico de consultas especializadas. La atención de la salud es muy diferente en los Ebais, en las consultas especializadas o para los pacientes que están hospitalizados. La calidad y la calidez se manifiestan de forma diferente en una consulta para evaluar el crecimiento y desarrollo de un niño y en servicio de cuidados intensivos. En ambos, el personal tiene diferente grado capacitación y experiencia; pero igualmente, debe estar dispuesto a resolver la situación con calidad y calidez.

La calidad en la atención de la salud: políticas de calidad

La dimensión de la responsabilidad en la atención de la salud de las personas es enorme para la CCSS, al asumir desde 1994 la atención de la salud en los tres niveles del sistema y la totalidad de la población asegurada de Costa Rica, que sobrepasa el 95 %. Esto significa varios miles de contactos diariamente, entre una población muy heterogénea y el sistema nacional de salud; contactos con personal administrativo, con profesionales de todo tipo –médicos, enfermeros, farmacéuticos, microbiólogos, nutricionistas, psicólogos, odontólogos, entre otros-, con auxiliares y técnicos muy diversos y con personal misceláneo, como camilleros, choferes de ambulancias, personal de limpieza y otros. Todos ellos deben aportar, en sus respectivos campos de trabajo, la dimensión de calidad y calidez en la atención de la salud.

La calidad en la atención de salud es un concepto que se desarrolló en la segunda mitad del siglo pasado, en el mundo occidental. Avedis Donabedian publicó su libro *La calidad en la atención médica* (1984) donde se define con precisión al término de calidad y los parámetros para su evaluación. Desde

la década de los años 70, se había desencadenado una avalancha de publicaciones sobre el tema de la calidad en los servicios de salud.

Para Donabedian, la calidad que proporciona el médico o cualquier otro profesional tiene dos aspectos: el técnico y el interpersonal. El técnico se refiere a la aplicación de la ciencia y de la tecnología en la medicina y en las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud, de manera que rinda el máximo beneficio para la salud, sin aumentar los riesgos. Esto debe ir acompañado de una interacción social y económica entre el usuario y el profesional. La primera es la aplicación de la ciencia y la tecnología, la segunda es el arte. La atención técnica con frecuencia no siempre es curativa, pero siempre implica cuidado en el manejo profesional. La relación interpersonal puede influir en el éxito del tratamiento; a la vez, los procedimientos técnicos usados y el grado de éxito, influyen en la relación interpersonal.

Existe un tercer elemento que Donabedian llama “amenidades”. Lo relaciona con aspectos tales como la sala de espera agradable y con buena temperatura, la privacidad, las sábanas limpias, una cama cómoda, buena comida y otros, como cortesía, amabilidad, gentileza, respeto, etc. En resumen, la calidad de la atención es aquella que pueda proporcionar al usuario el máximo y completo bienestar, después de tomar en cuenta las ganancias y pérdidas que acompañan al proceso de atención.

Otro aspecto fundamental es la evaluación de la calidad en la atención de la salud. Donabedian propone un sistema que es clásico y utilizado ampliamente en los sistemas de salud, en programas, en las áreas de salud o en establecimientos como los hospitales. Propone que en todo procedimiento de evaluación se evalúen la estructura, el proceso y los resultados.

Por estructura se entiende las características de los proveedores, los instrumentos y recursos, los lugares físicos y la organización del sistema de trabajo; incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se requieren para proporcionar la atención de la salud. Una buena estructura; o sea, suficientes recursos y una buena organización del sistema, es “probablemente el medio más importante para proteger y promover la calidad de la atención” (Donabedian, 1984:99).

El proceso se puede evaluar mediante la observación directa o por medio de la información registrada –en la historia clínica–, que permite una reconstrucción de las actividades de los profesionales.

Los resultados, generalmente, son más difíciles de evaluar, ya que se requieren indicadores directos de la atención de los profesionales e indicadores globales de una actividad general, como la mortalidad infantil o perinatal o coberturas de vacunación o la esperanza de vida al nacer en un determinado año o una tendencia a lo largo de varios años. La objeción estriba en la proporción que le corresponde a los servicios de salud, a otras acciones de salud pública o a un estilo de vida saludable.

Con base en este esquema de evaluación de estructura, procesos y resultados, se diseñan y ejecutan las evaluaciones de los servicios de salud, en la mayoría de los países.

La CCSS mantiene el concepto de calidad en varios de sus documentos normativos y lo reafirma en el Taller de Formulación de Políticas de Calidad y Seguridad del Paciente, celebrado en febrero de 2007 y del cual surge la Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente, aprobada por la Junta Directiva en la sesión 8139 del 22 de marzo de 2007. Se define en este taller como calidad de la atención: “el conjunto de intervenciones basadas en la evidencia científica, destinadas a promover la salud, prevenir la enfermedad, diagnosticar la patología, tratar al enfermo y rehabilitar al discapacitado, que se realizan con oportunidad y con el mínimo de riesgo para los pacientes”.

En ese taller fueron identificados siete lineamientos con sus respectivas actividades. Por el espacio de este trabajo se anotan a continuación únicamente los lineamientos: 1. una atención limpia es una

atención segura; 2. investigación y análisis de los eventos adversos; 3. prácticas de salud basadas en la evidencia; 4. atención domiciliar y comunitaria para la prevención de eventos adversos; 5. cirugía segura salva vidas; 6. los insumos seguros aseguran la atención; y 7. laboratorio y bancos de sangre seguros.

El compromiso de gestión

El compromiso de gestión surge en 1997 como parte de la reforma del sector salud en Costa Rica. Es un “instrumento legal y técnico que establece un convenio entre el comprador –la CCSS, unidad técnica- y proveedor –área de salud u hospital- en que se definen los objetivos y metas de salud a alcanzar, con criterios de calidad y oportunidad y asigna los recursos financieros para el periodo correspondiente” (Vargas: 2011:117). Son el instrumento clave para asignar y transferir los recursos en función del rendimiento y cumplimiento de las metas, las principales actividades a realizar, los parámetros de evaluación y el monto global financiero del año para el área de salud y el hospital. Los resultados del compromiso de gestión se ponderan con una puntuación entre 1 y 100 %; los resultados entre 80 y 90 % son aceptables y sobre 90 % son muy buenos. Las áreas de salud y los hospitales que sobrepasan el 90 % en la evaluación, obtienen una bonificación adicional en el presupuesto del siguiente año, la cual podrán utilizar en proyectos que mejoren la eficiencia y calidad de la atención.

A lo largo de casi veinte años en que se puso en práctica el instrumento de los compromisos de gestión, han tenido numerosas evaluaciones y cambios y la CCSS los mantiene como una herramienta para la asignación financiera y la evaluación de una serie de parámetros de calidad.

La calidez en los servicios de salud

La calidez es el buen trato, la cortesía, la sonrisa y la amabilidad. Los usuarios de los servicios de salud evalúan muchas cosas al momento de recibir un servicio. Por ejemplo (Romano, 2015), los aspectos visuales –la apariencia de la persona que le atiende, el cuidado de las instalaciones-; el cumplimiento de las expectativas –servicio correcto y oportuno-; la actitud del personal –dispuesto a escuchar, a resolver problemas y dudas y a dar un servicio con agilidad-; la cortesía –el buen trato y la amabilidad; la empatía –ponerse en el lugar del usuario-. También es importante la comunicación verbal –clara y oportuna- y no verbal –gestos, expresiones, la mirada directa a los ojos y otras formas que los usuarios captan con gran facilidad-. Todos estos elementos forman parte de la calidad, como se mencionó anteriormente. De nada sirve gran amabilidad si el servicio es lento y las instalaciones son viejas y descuidadas o hay que esperar para una cita médica por meses o años.

Acceso oportuno

El gran talón de Aquiles que manifiesta la CCSS, al menos en las últimas dos décadas, es el retraso, la lentitud y la falla e incapacidad para resolver el inmenso problema de las citas médicas para un buen número de especialidades, las cirugías y algunos exámenes especiales como el ultrasonido y el TAC. Esto alimenta la protesta, la incomodidad y la frustración de millares de usuarios y usuarias. Es también un medio de corrupción y de triquiñuelas, tanto del personal de salud como de los usuarios. Los medios de comunicación se refieren con frecuencia a este asunto (Ávalos, 2015), con datos estadísticos que reflejan la dimensión del problema. Uno de ellos es la carencia de especialistas en varias áreas críticas; otro, la baja utilización de la capacidad instalada (quirófanos y otras instalaciones de diagnóstico como los mamógrafos) y la necesidad de mejorar la logística y la organización institucionales.

Resumen

Las responsabilidades de la CCSS en la atención de la salud fueron cambiando con el transcurso de las décadas, hasta asumir la cobertura universal en 1994. Los principales productos –consultas y otros– para el año 2014, representan millones de contactos entre el personal administrativo y de salud con los usuarios y usuarias. Un aspecto que incide en la calidad es el cambio percibido por muchos médicos y evaluado en Chile mediante la técnica de “grupos focales”; la relación médico-paciente está cambiando con la tecnificación de la medicina y los cambios sociales acelerados. Otro aspecto que incide en la calidad y la calidez es la singularidad de la atención de la salud en cada uno de los niveles, desde las viviendas por los ATAP, la atención en los Ebais, en las grandes clínicas o en los hospitales con servicios de alta complejidad, como el de cuidados intensivos. La calidad que proporciona el médico o cualquier otro profesional tiene dos aspectos: el *técnico* y el *interpersonal*. El técnico es la aplicación de la ciencia y la tecnología en la medicina y de las otras ciencias de la salud, al manejo de un problema personal de salud. El interpersonal es el *arte*. Existe otro elemento, como es la sala de espera agradable, privacidad, una cama cómoda, la cortesía, la amabilidad, la gentileza, el respeto, etc. La *calidez* está relacionada con ese tercer elemento; es además, el buen trato, la sonrisa, la amabilidad; la actitud del personal de escuchar y resolver los problemas. Para evaluar la calidad se desarrollan indicadores de “estructura”, “procesos” y “resultados”. La CCSS utiliza como instrumento para asignar los recursos y evaluar diversos aspectos de calidad, los compromisos de gestión, aunque pueden aplicarse, además, otras técnicas como las encuestas de satisfacción de los usuarios. La gran falla, que incide profundamente en la calidad de los servicios de salud de la CCSS, es el acceso oportuno para las consultas de algunas especialidades, las cirugías y procedimientos diagnósticos como el TAC y ultrasonidos.

Bibliografía

Ávalos, Ángela. 2015. CCSS lleva más de 20 años sin resolver las listas de espera. En: *La Nación*, 28 de agosto. En línea: http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/Caja-lleva-resolver-listas-espera_0_150.864.9137.html.

Bascuñán, ML. 2005. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. En: *Revista Médica de Chile*. 133: 11-16. En línea http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034.988.7200500.010.0002.

Caja Costarricense de Seguro Social. 2014. Anuario estadístico 2014. En línea: http://www.ccss.sa.cr/est_salud.

Caja Costarricense de Seguro Social. 2007. Política institucional de calidad y seguridad del paciente. San José, Costa Rica.

Donabedian, A. 1984. *La calidad de la atención médica*. Definición y métodos de evaluación. México D. F.: La Prensa Médica Mexicana S. A.

Ministerio de Sanidad y Política Social. 2009. Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS. Proyecto Séneca, Informe técnico diciembre 2008. Madrid. En línea: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/SENECA.pdf>

Miranda, G. 1994. *La seguridad social y el desarrollo en Costa Rica*. II edición. San José, C. R.: Ednasss.

Proyecto de Modernización, CCSS. 1999. El compromiso de gestión: teoría y evidencia. *Gestión*, 5: 25-30. En línea: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/rcafss/v5next1997/art7.pdf>.

Romano Fortaney, GF. 2015. Calidez y calidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social. En línea: http://es.slideshare.net/Fortaney_/calidez-y-calidad-en-el-imss

Vargas, W. 2011. *Atención primaria de salud en Costa Rica*. San José, C. R.: Ednasss.

La demografía y la seguridad social en Costa Rica

Luis Rosero Bixby Berkeley

El pacto generacional de solidaridad

Los costarricenses acordaron un pacto tácito de solidaridad entre generaciones, cuando establecieron el sistema de seguridad social en 1941. En este pacto, las generaciones jóvenes transfieren una fracción de su salario a una institución del Estado —la Caja Costarricense de Seguro Social o CCSS— para que esta cuide de la salud de los enfermos y les transfiera una pensión a quienes ya no pueden trabajar por lo avanzado de la edad, principalmente. Antes de este pacto de solidaridad, los déficits del ciclo vital de edades avanzadas o de periodos de enfermedad, eran cubiertos con transferencias familiares y rudimentarios sistemas de preservación de ahorros para los tiempos difíciles (bienes raíces, joyas...), así como por la caridad.

Con el nuevo pacto, las personas jóvenes y vigorosas se obligaron a transferirle al Estado una pequeña fracción de su excedente en las edades superavitarias para que este atienda las necesidades en las edades deficitarias del ciclo económico vital. Este pacto de solidaridad no responde exclusivamente al altruismo de los jóvenes sino que está motivado también por su propio interés, ya que ellos esperan que futuras generaciones también les transfieran recursos cuando así lo necesiten. El pacto exige que haya cierta equidad generacional en los montos de las contribuciones pagadas y las prestaciones recibidas por cada generación; equidad que a su vez depende en buen grado, del balance numérico entre las generaciones; es decir, de la demografía.

En la época en que se estableció la seguridad social, Costa Rica era un país de tan solo 666 mil habitantes, con más de la mitad de niños y jóvenes menores de 20 años de edad, cuyas necesidades eran sufragadas por la familia, principalmente. La principal población beneficiaria de la seguridad social —las personas adultas mayores— representaban solo el 4 % de la población o 26 mil personas. Al jubilarse una persona a los 60 años de edad, tenía una esperanza de vida de 14 años adicionales, y solamente el 45 % de las personas llegaban con vida a la edad de jubilación. La demanda por servicios de salud era predominantemente para atender enfermedades infecciosas agudas de corta duración. El 58 % de las defunciones eran causadas por enfermedades comunicables, como malaria, la tuberculosis y las diarreas¹.

1 Las cifras presentadas son estimaciones para 1940 tomadas de Pérez Brignoli, H. 2010. *La población de Costa Rica 1750-2000. Una historia experimental*. San José, C. R.: EUCR.

Uno de los mayores retos en las primeras décadas de la seguridad social costarricense, fue el ritmo vertiginoso con que tuvo que crecer debido tanto a la explosión demográfica como a la extensión de su cobertura. La población total del país se multiplicó por seis desde la creación del seguro social y en lo que restaba del siglo XX, hasta alcanzar cerca de 4 millones de habitantes en el censo del año 2000; mientras que la población adulta mayor se multiplicó por un factor de ocho para alcanzar las 200 mil personas en ese año. La cobertura de la seguridad social, que según el censo de 1963 había alcanzado el 18 % de la población en sus primeras dos décadas, se incrementó notablemente en las dos décadas siguientes, que fueron las de mayor expansión, para alcanzar 71 % de la población en el censo de 1984. Tanto la población como la cobertura de la seguridad social han continuado su aumento en lo que va del siglo XXI, pero a ritmos más lentos. Costa Rica tiene cerca de 5 millones de habitantes en 2016 y la seguridad social cubre al 86 % de la población, según el censo de 2011².

Otro reto importante para la seguridad social fue el incremento de la esperanza de vida y el cambio en el perfil epidemiológico de la población. Una persona que se jubila en 2016 a la edad de 60 años, se espera que viva en promedio 23,6 años más si es hombre o 26,7 años si es mujer, según las tablas de vida de la Superintendencia de Pensiones (Supén)³, casi el doble que la esperanza de vida cuando se estableció la seguridad social. Las enfermedades comunicables, por su parte, pasaron de ser mayoritarias a representar tan solo el 4 % de las defunciones de 2014, con el consiguiente aumento proporcional de las enfermedades crónicas, mucho más costosas de atender.

Aunque los retos mencionados --rápido crecimiento de la población y elevación de los costos de atención de patologías más complejas-- fueron formidables, la recaudación de aportes a la seguridad social también creció sustancialmente en estas décadas, lo que permitió el financiamiento de la expansión. Pero esta situación benigna está cambiando rápidamente, a consecuencia de modificaciones en el balance generacional. Para visualizar este punto, primero conviene determinar cómo opera el ciclo económico vital en las finanzas de la seguridad social costarricense.

El ciclo económico vital en las finanzas de la seguridad social: ¿Quién paga y quién se beneficia?

Los trabajadores aportan a la CCSS en proporción a su ingreso laboral, y personas de todas las edades y condiciones laborales reciben prestaciones, aunque en mayor medida las personas adultas mayores. La gráfica 1 ilustra la situación para 2013⁴. En la parte A de la gráfica se muestra lo que un costarricense promedio paga y recibe de la seguridad social en cada edad. De los 20 a los 55 años de edad, los costarricenses aportan más de lo que reciben de la CCSS, hay un superávit; mientras que en las edades restantes sucede lo contrario: tiene lugar el déficit del ciclo vital. Por ejemplo, las personas de 35 años de edad aportan ¢910 mil anuales y reciben ¢260 mil en prestaciones; es decir, generan un superávit a la CCSS de ¢650 mil. En contraste, las personas de 80 años de edad aportan prácticamente cero y reciben prestaciones por casi ¢2 millones, ¢800 mil en servicios de salud y ¢ 1,1 millón en pensiones⁵. Los excedentes de las personas de entre 20 y 55 años cubren el déficit de los mayores (y también el déficit más pequeño de niños y adolescentes que reciben servicios de salud). Es el pacto generacional en acción.

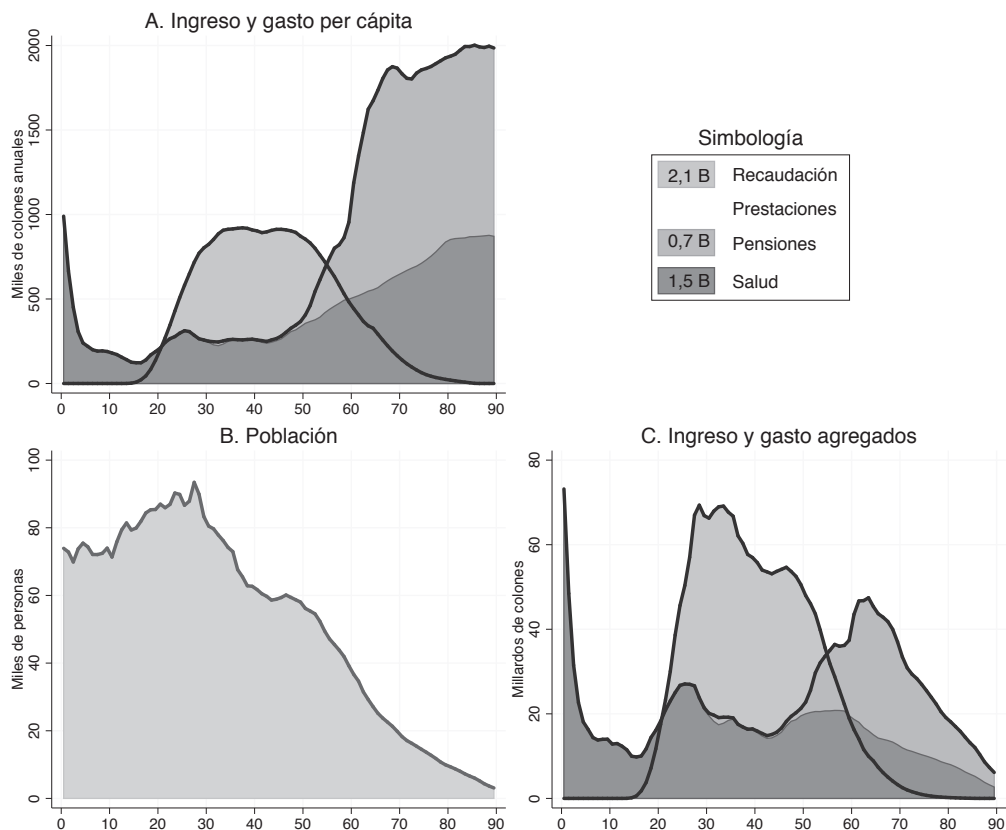
2 Los datos censales, las estadísticas vitales y las estimaciones y proyecciones de población provienen de la página web del Centro Centroamericano de Población (CCP) de la UCR, consultada el 29 de junio de 2016: <http://censos.ccp.ucr.ac.cr>.

3 Sitio web de Supén consultado el 29 de junio de 2016: <https://www.supen.fi.cr/tablas-de-vida>.

4 Estimaciones efectuadas con información de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gasto de los Hogares 2013-14 del INEC, ajustada a las cuentas nacionales de 2013 del Banco Central de Costa Rica y siguiendo la metodología que se muestra en: United Nations Population Division. 2013. *National Transfer Accounts Manual: Measuring and Analysing the Generational Economy*. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas N. E.13.XIII.6

5 Nótese que estos son valores per cápita para toda la población de la edad respectiva, incluyendo no asegurados y asegurados familiares que aportan cero.

Gráfica 1. Ingreso y gasto de la seguridad social por edad. Costa Rica, 2013



Fuente: elaboración del autor.

La demografía en este análisis está representada por la curva de población por edad de la parte B de la gráfica. Esta curva refleja en gran medida, la de los nacimientos en el tiempo, pero con el orden invertido. La población de edad cero corresponde a los nacimientos en el año más reciente. El pico de población con 27 años de edad en 2013, corresponde al pico máximo de 86 000 nacimientos que tuvo lugar en 1985, más la inmigración de jóvenes.

El efecto de la demografía se evidencia en las curvas de ingresos y gastos agregados que se muestran en la parte C de la gráfica 1, obtenidas multiplicando los valores per cápita por la población. Estas curvas agregadas muestran la situación financiera de la seguridad social en su conjunto. La suma de los agregados para todas las edades se muestra en billones (millones de millones) de colones en la leyenda de la gráfica. Los aportes a la seguridad social en 2013, fueron ₡2,1 billones y las prestaciones a la población ascendieron a ₡ 2,2 billones: 1,5 en servicios de salud y 0,7 en pensiones. El excedente de edades centrales fue ligeramente insuficiente para cubrir los déficits por lo que la CCSS tuvo que echar mano a sus reservas en el año de estudio.

El perfil de las curvas de ingresos y gastos cambia sustancialmente cuando se pasa de valores per cápita a agregados; es decir, por efecto de la demografía. El déficit de edades mayores pierde importancia en tanto que el déficit de la niñez (y el superávit intermedio) cobra mayor importancia relativa. Este cambio se debe a que las personas adultas mayores son mucho menos numerosas que las personas jóvenes y que los niños. Alteraciones en este balance generacional, ciertamente modificarán los agregados financieros de la seguridad social, como se muestra a continuación.

El cambiante balance demográfico entre generaciones

La disminución de la natalidad está alterando profundamente la forma de la pirámide por edades de la población. Inicialmente redujo la base de la pirámide para luego ensanchar su sección intermedia y, más adelante, darle una forma rectangular, típica de las poblaciones envejecidas. La proporción de población menor de 20 años de edad pasó de ser el 57 % en 1966 a 31 % en 2016. La de 20 a 64 años de edad aumentó su importancia de 40 % a 61 % en estos 50 años, en tanto que las personas adultas mayores ganaron en importancia demográfica, pero en un grado menor: de 4 % a 8 %. En el futuro, sin embargo, son las personas adultas mayores el grupo que más aumentará su importancia relativa. La población de 65 años de edad o más, pasará a ser el 17 % en el 2041 y el 27 % en el 2066 o 1,7 millones de los 6,2 millones que probablemente tendrá Costa Rica en ese último año.

Una forma de visualizar el cambio en la composición por edades y en el balance entre generaciones, es observando el aumento poblacional en las distintas edades. La gráfica 2 muestra el aumento de la población en cada grupo de edad de cinco años para cuatro lapsos de 25 años. El área sombreada muestra los aumentos esperados para los próximos 25 años; es decir, de 2016 a 2041. Mientras la población en edades menores de 35 años de edad va a disminuir en aproximadamente 50 000 personas en cada grupo quinquenal de edad, la población de 45 a 80 años de edad va a aumentar en aproximadamente 150 000 en cada grupo quinquenal.

Gráfica 2. Crecimiento de la población por edad en periodos de 25 años. Costa Rica 1966-2066



Fuente: elaboración del autor.

La curva de crecimiento por edad esperada para los próximos 25 años es sustancialmente distinta a la curva del cuarto de siglo previo (1991-2016). En los 25 años previos a 2016, el aumento poblacional mayor tuvo lugar en edades de 20 a 60 años, con incrementos del orden de 150 000 personas en cada grupo quinquenal. El grupo de 30 a 35 años de edad (que es uno de los más productivos en el ciclo económico vital) ilustra de manera dramática lo que está ocurriendo. En este grupo de edad, en el que había 260 000 personas en 1991, se registró un aumento de 170 000 personas entre 1991 y 2016, mientras que en los 25 años venideros se espera una disminución de 40 000 personas. Dado que las personas en esta edad son contribuyentes netos a la seguridad social, su aumento fue muy ventajoso para las finanzas de la CCSS, mientras que su inminente disminución será perjudicial.

En general, la curva de aumento poblacional por edad de la gráfica 2 se está desplazando hacia las edades mayores a la derecha. En el no tan lejano periodo de 2041 a 2066, solo aumentará la población adulta mayor –que es la que mayores prestaciones demanda– mientras que en todas las edades jóvenes –los aportantes al sistema– tendrán lugar disminuciones.

Vienen tiempos difíciles para las finanzas de la seguridad social

Las implicaciones para la seguridad social de la desigual dinámica demográfica en las distintas edades descritas en la gráfica 2, pueden cuantificarse computando el aumento o disminución en la recaudación de aportes y en la demanda de prestaciones inducidos por el cambio demográfico, exclusivamente. Es decir, manteniendo constantes las curvas per cápita de ingresos y gastos que se mostraron en la parte A de la gráfica 1 y simulando los ingresos y gastos agregados de la parte B de la gráfica, pero con poblaciones por edad en distintos puntos en el tiempo. La tabla 1 resume los escenarios resultantes de esta simulación en la que el único cambio es la población por edad. La tabla muestra el crecimiento porcentual de la recaudación de aportes y gasto en prestaciones en cuatro periodos de 25 años, dos en el pasado y dos hacia el futuro.

Cuadro 1. Crecimiento demográfico de ingresos y gastos de la seguridad social en Costa Rica, en periodos de 25 años

Concepto	1966-1991	1991-2016	2016-2041	2041-2066
Recaudación	156 %	94 %	21 %	-8 %
Prestaciones				
Total	106 %	89 %	68 %	31 %
Salud	96 %	67 %	42 %	19 %
Pensiones	144 %	161 %	123 %	47 %

Fuente: estimación del autor

Según esta simulación, la demografía fue muy favorable para la seguridad social en los 25 años entre 1966 y 1991. Aunque el aumento de la demanda de prestaciones fue considerable, ya que más que se duplicó (106 %), el aumento de la recaudación de aportes fue aún mayor (156 %). Nótese que estos crecimientos son valores teóricos que estiman el efecto del crecimiento de la población en las distintas edades; los crecimientos reales fueron ciertamente mayores, dado el ya mencionado incremento extraordinario en la cobertura de la seguridad social, que ocurrió en esos años.

En los 25 años más recientes (1991-2016), la demografía ha causado aumentos similares en la recaudación (94 %) y en el valor de las prestaciones (89 %); es decir, ha sido un factor esencialmente neutro para las finanzas de la CCSS. Sin embargo, hay una diferencia sustancial entre el seguro de salud y el de pensiones. El de salud creció bastante menos que la recaudación de aportes (67 % frente a 94 %), por lo que puede decirse que continuó disfrutando de una bonanza demográfica. En contraste, la demanda de pensiones creció mucho más rápido (161 %) que la recaudación.

En los próximos 25 años (periodo 2016-2041), el aumento de la base demográfica de aportantes a la seguridad social será solamente de 21 %, menos que la tercera parte del aumento en la demanda de prestaciones (68 %). El crecimiento de la demanda de prestaciones va a ser particularmente crítico para el sistema de pensiones que crecerá (123 %) seis veces más que la recaudación. La demanda del seguro de salud crecerá el doble (42 %) que la recaudación.

Y las condiciones adversas de la demografía empeorarán en los 25 años subsiguientes (periodo 2041-2066), en los que se proyecta una contracción en la base de aportantes del 8 %, mientras que la demanda por prestaciones seguirá aumentando.

Conclusión

El pacto de solidaridad generacional que estableció la seguridad social en Costa Rica funcionó bastante bien en sus primeros 75 años. Se lograron índices como la esperanza de vida o la cobertura de la seguridad social que ubican a la población costarricense entre las más desarrolladas del planeta. La demografía contribuyó al éxito del sistema de seguridad social costarricense, especialmente en las décadas de 1970 y 1980. El crecimiento de la base demográfica de aportantes fue mucho más rápido que el crecimiento de la demanda de prestaciones. Pero esa bonanza demográfica es cosa del pasado. La seguridad social costarricense afrontará condiciones demográficas cada vez más adversas. El crecimiento de la población aportante será una fracción cada vez más pequeña del crecimiento de la demanda. Aunque la situación es y será especialmente difícil para el régimen de pensiones, el seguro de salud también enfrentará dinámicas poblacionales adversas.

El pacto de solidaridad parece ser insostenible en el futuro. Requerirá ajustes importantes⁶, ya sea por el lado de los beneficios que ofrece o por el de los aportes que recauda, así como acciones para contener costos y mejorar la eficacia. Tales ajustes deben necesariamente procurar cierto grado de equidad generacional, pues en caso contrario las generaciones perdedoras no apoyarán un pacto que los perjudica.

6 Ajustes obvios y de gran impacto son, entre otros, que las personas adultas mayores que puedan hacerlo contribuyan al sistema, incremento de la edad de retiro y eliminación de pensiones a edades preretiro. Rosero-Bixby, L. y Jiménez-Fontana, P. 2012. *Retos y oportunidades del cambio demográfico para la política fiscal de Costa Rica*. San José: EUCR. Digital: <http://ccp.ucr.ac.cr/noticias/retosyopportunidades.html>

Cambio climático y su impacto en los servicios de salud

Roy Wong McClure

El cambio climático ha evidenciado drásticas transformaciones en los últimos años, las cuales han impactado en múltiples ámbitos y dimensiones a nivel mundial. Durante los años setenta, la temperatura mundial se incrementó de forma acelerada en 0,5 °C, lo cual ha sido asociado al efecto del acúmulo de gases de origen invernadero, producto de la actividad humana.

Los efectos del cambio climático han contemplado repercusiones en los océanos, en la superficie de la tierra, el deshielo de los mares, la presencia de aerosoles sulfatos y no sulfatos, el ciclo del carbono y la dinámica en la química en la vegetación y la atmósfera. Esto ha permitido tener un mayor entendimiento de la forma en que la temperatura en la superficie de los mares, influye sobre las tormentas tropicales y los ciclones (Houghton, 2009).

Se ha proyectado que el cambio climático incrementará la temperatura promedio mundial de 1,4 a 5,8 °C para el año 2100 (Houghton y otros, 2001); con efecto en las altitudes más elevadas y repercusión sobre un incremento de las precipitaciones anuales en las zonas con altitudes medias y que convertirá a las zonas de altitudes bajas en zonas más secas y con la presencia de inundaciones más severas (McMichael y otros, 2006).

Cambio climático como determinante de la salud

Se ha demostrado que el cambio climático afecta los determinantes de la salud, tanto sociales como ambientales, entre ellos la seguridad del agua y del aire limpio, la disponibilidad de alimentos y vivienda segura; condiciones que cuentan con influencia sobre los determinantes en salud (Zahid y otros, 2015).

El impacto del cambio climático cuenta con una influencia tanto directa como indirecta en relación con los determinantes de la salud. Las repercusiones directas son la presencia de lesiones y muertes, los traumas posteriores a los eventos, el estrés asociado y el riesgo de enfermedad; y las repercusiones indirectas son las implicaciones sobre la higiene, los alimentos cultivados, los efectos sobre la nutrición, el desarrollo en la niñez y el curso de vida en la salud del adulto, que incluyen problemas en la salud mental comunitaria y familiar, así como el riesgo incrementado del desarrollo de enfermedades infecciosas y depresión. (Zahid y otros, 2015).

La influencia de la variabilidad climatológica que afecta la temperatura, la precipitación y los vientos, produce cambios que inducen modificaciones en la sobrevida, reproducción o distribución de patógenos y sus hospederos. Esto repercute directamente en una amplia variedad de agentes infecciosos, que presentan efectos nocivos a la salud de la población, con especial afectación en los sistemas pulmonares y gastrointestinales.

Como consecuencia de estos cambios la gran diversidad de agentes patógenos asociados con enfermedades infecciosas, los cuales contemplan virus, bacterias, parásitos y hongos; cuentan con afectación en la sobrevivencia, reproducción y ciclo de vida de estos agentes. Esto ocurre debido a que la modificación de las condiciones climáticas cambia el hábitat y el ambiente de estos patógenos y el de los agentes que compiten con ellos. La influencia del cambio climático, tanto directa como indirecta, impacta sobre la magnitud y la distribución geográfica y estacional de los patógenos.

Un ejemplo de las variaciones inducidas por el cambio climático y su efecto sobre la triada hospedero, patógenos y transmisión de los mismos que favorece cambios que promueven la aparición de eventos transmitidos por vectores, aguas, alimentos y aire, entre otros, se puede observar en el ciclo de la malaria (*Plasmodium falciparum* y *Plasmodium vivax*) que detiene su desarrollo cuando la temperatura excede de 33 °C a 39 °C. Con el incremento en la temperatura se influye en el periodo extrínseco de incubación (PEI) de los agentes infecciosos, en cuyo caso se puede evidenciar una reducción en el PEI para el *Plasmodium falciparum* que se reduce en 13 días de su periodo habitual, con un incremento de 5 °C en la temperatura ambiente. En sentido contrario, la reducción de la temperatura ambiental produce una prolongación del PEI, lo que se evidencia en una reducción en la transmisión de la enfermedad, debido a que pocos mosquitos viven un largo periodo de tiempo (Wu y otros, 2016).

Estas variaciones en los ciclos de reproducción han cambiado el patrón estacional del ciclo de reproducción con el consecuente cambio en la temporadas de mayor afectación al humano. Esto ha provocado la pérdida de la estacionalidad habitual de infestación, con lo que se ha reducido la posibilidad de establecer medidas de control y prevención asociadas con el comportamiento conocido de los eventos infecciosos.

Además, al incrementarse la temperatura del agua y del ambiente alimentario, debido a la elevación en la temperatura ambiental, se produce un aumento en la proliferación de microorganismos en los ciclos de reproducción. Ejemplo de esto es la proliferación de *Salmonella* que evidencia su crecimiento en temperaturas ambientales elevadas, lo que podría limitar la proliferación de otras bacterias como *Campylobacter sp* (Wu y otros, 2016).

Otro de los elementos asociados al cambio climático lo constituye el incremento en las precipitaciones, lo cual influye en la proliferación de patógenos transmitidos por agua. Se ha demostrado que el incremento en las precipitaciones produce un aumento en los patógenos fecales, lo que con la presencia de lluvia intensa produce una acumulación del sedimento en agua y, por consiguiente, un acúmulo de sedimento de microorganismos fecales. Adicionalmente, se ha demostrado que la presencia de precipitaciones luego de periodos de sequía, está asociado a la proliferación de patógenos y a la producción de brotes (Wu y otros, 2016).

La humedad es otro de los factores asociados al cambio climático que cuenta con efecto sobre patógenos, fundamentalmente los transmitidos por aire, como la influenza que depende de la humedad para la viabilidad del virus. El virus influenza ha demostrado que las condiciones de bajas temperaturas y baja humedad relativa ambiental, son propicias para un incremento en su transmisión y sobrevivencia. Además, el cambio en la humedad relativa afecta también a los virus transmitidos por agua, donde la reducida humedad limita la sobrevivencia del virus debido al efecto secante sobre la superficie del agua (Wu y otros, 2016). Adicionalmente, las enfermedades transmitidas por vectores pueden verse impactadas por el cambio en la humedad, pues se ha evidenciado que la temperatura y la humedad durante la época lluviosa, favorecen la propagación del virus del dengue en los mosquitos, lo que contribuye a la aparición de brotes (Wu y otros, 2016).

El comportamiento estacional, muy ligado a las variables climatológicas, ha sido descrito en la costa pacífica de Costa Rica para el dengue. Se determinó que el incremento del número de casos de

la enfermedad contó con una asociación directa y un comportamiento predecible en las épocas con mayor nivel de precipitación pluvial (Wong y otras, 2007).

Más recientemente en Costa Rica, el cambio climático ha presentado repercusiones importantes con la aparición de desastres naturales con efectos directos en la población. Además, se ha evidenciado en los últimos años que los efectos en el cambio climático, evidenciados por un cambio en los perfiles habituales de precipitación, temperatura y humedad relativa; han modificado el patrón estacional de eventos como las enfermedades transmitidas por vectores, las infecciones de las vías respiratorias y las diarreas. Un ejemplo de esta condición fue la presencia de un comportamiento aberrante en cantidad y estacionalidad de los casos para los tres eventos mencionados durante el 2015, lo cual estuvo acompañado con ser uno de los años con menor nivel de precipitación en todo el territorio nacional en las épocas habituales y con mayor presencia en otras épocas tradicionalmente secas.

Como parte de los retos futuros para los servicios de salud relacionados con el cambio climático, se puede proyectar que la variabilidad en el comportamiento de los eventos que influyen directamente en la variación climatológica repercutirán en la presencia de brotes en magnitudes superiores a las que históricamente se han presentado y que afectan a grupos de población y unidades geográficas sin historia previa de afectación. Además, los efectos del cambio climático conllevan un riesgo adicional en la atención de los efectos agudos asociados con las lesiones de causa externa relacionados con el evento.

En este escenario, la Caja Costarricense de Seguro Social debe evaluar la mejor estrategia para la prestación de servicios de salud que garanticen una atención oportuna y acorde con los eventos asociados con el cambio climático, incluyendo tanto las implicaciones agudas como crónicas así como directas e indirectas asociados a estos eventos.

Descripción del esquema impacto climático en salud

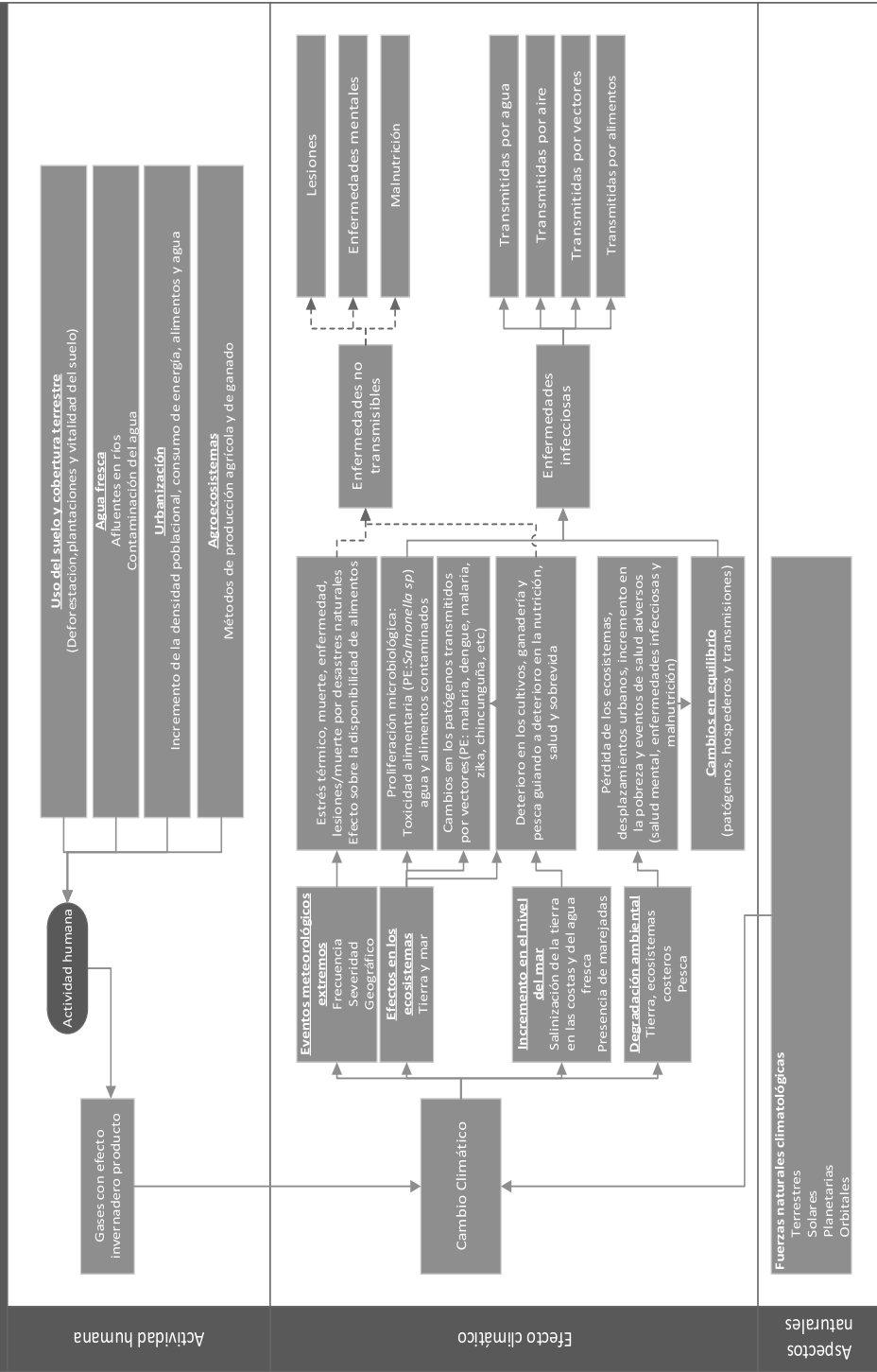
La actividad humana ha influido notablemente en el cambio climático. Algunas actividades como el uso del suelo, la deforestación y el tipo de plantaciones, han reducido la vitalidad del suelo; además, se da un mayor consumo de agua fresca tomada de los afluentes de los ríos con contaminación del agua; la urbanización, que ha incrementado la densidad poblacional, el consumo de energía, de alimentos y agua; y el uso de agroecosistemas, debido a los métodos de producción agrícola y de ganado; todas estas constituyen actividades humanas que producen gases con efecto invernadero.

Desde otra vertiente, los aspectos naturales que influyen sobre las condiciones climatológicas como las fuerzas terrestres, solares, planetarias y orbitales; tienen también influencia sobre el cambio climático.

Con ambas fuentes de influencia sobre el cambio climático, se producen una serie de efectos como los eventos meteorológicos extremos, con un incremento en la frecuencia y severidad de los mismos; y con afectación de otras áreas geográficas, lo que produce estrés térmico, enfermedades, lesiones o muertes relacionadas con los desastres naturales y que también tienen efecto en la disponibilidad de alimentos. Todo esto tiene efecto en la presencia de enfermedades no transmisibles, fundamentalmente lesiones, enfermedades mentales y malnutrición.

Otro de los efectos del cambio climático se puede observar en los ecosistemas tierra y mar, donde existe una mayor proliferación microbiológica con una mayor toxicidad, lo que incrementa la posibilidad de intoxicación por agua y alimentos contaminados. Además, con la presencia de cambio de patógenos transmitidos por vectores, lo que produce un incremento en la probabilidad de malaria, dengue, zika, chikunguña, entre otras enfermedades.

Impacto del cambio climático en salud



El efecto sobre los ecosistemas tierra/mar cuenta además con un incremento en el nivel de los mares lo que produce la salinización de la tierra y del agua fresca, con presencia de marejadas. Esto lleva a un deterioro en los cultivos, la ganadería y la pesca, que produce un efecto sobre la salud, con deterioro de la nutrición y la sobrevida.

A los dos anteriores efectos se puede agregar también la degradación ambiental, que afecta la tierra, los ecosistemas costeros y la pesca. Esto conlleva una pérdida de los ecosistemas, desplazamientos urbanos, incremento de la pobreza y eventos de salud adversos con efectos sobre la salud mental, enfermedades infecciosas y malnutrición. Esto último genera cambios en el equilibrio de la triada patógeno, hospedero y la transmisión asociada; lo cual influye en la presencia de enfermedades infecciosas e incrementa las enfermedades transmitidas por agua, aire, vectores y alimentos.

Bibliografía

Houghton JT y otros (editors). 2001. *Climate change 2001: the scientific basis*. New York: Cambridge University Press.

Houghton JT. 2009. *Global warming: the complete briefing*. 4 ed. New York: Cambridge University Press.

McMichael AJ y otros. 2006. Climate change and human health: present and future risks. En: *Lancet*. Marzo 11; 367:859-869.

Wong-McClure, R y otras. 2007. Estudio de la estacionalidad del dengue en la costa pacífica de Costa Rica (1999-2004). En: *Acta Médica Costarricense*. 49(1):38-41.

Wu X y otros. 2016. Impact of climate change on human infectious diseases: Empirical evidence and human adaptation. En: *Environment International*. 6:14-23.

Zahid AT y otros. 2015. Health Care Cost and Climate Change: Confronting the Strategical Challenges. En: *International Journal of Multidisciplinary Approach and Studies*. 2(6). En línea (citado el 27 de junio de 2016).

El acceso a la justicia y la protección del derecho a la salud

Karen Vargas López

Introducción

La creación de la Sala Constitucional en 1989, constituye para nuestro país un “antes y un después” en materia de protección de derechos humanos en Costa Rica. Se trata de un órgano jurisdiccional que en única instancia, de forma directa y sin necesidad de patrocinio legal, permite a cualquier persona acceder a la justicia constitucional. El recurso de amparo se ha constituido en el principal medio para exigir la tutela efectiva de esos derechos fundamentales.

En materia de salud, los amparos son un tema complejo. En estos procesos surgen discusiones importantes en procura de lograr el necesario equilibrio entre la protección del derecho individual, desde un enfoque de derechos humanos, y la sostenibilidad de sistema de salud desde la perspectiva de la salud pública. Pero el desafío no termina ahí.

¿Cómo lograr satisfacer necesidades ilimitadas en materia de salud, que siempre tiene la población resultado incluso del propio avance científico (medicamentos innovadores, nuevas tecnologías, entre otros), con recursos públicos cada vez más limitados? Atender estas demandas se convierte en un gran reto para cualquier sistema sanitario.

Este artículo procura caracterizar el fenómeno que al respecto se presenta, así como brindar algunos insumos que permitan comprender de mejor manera el derecho a la salud, a efectos de considerar estrategias para su atención integral. De lo que se trata es de visualizar cómo debe ser abordado el tema, con la mirada puesta en un futuro que como sociedad podamos construir y que nos permita tener una mayor protección del derecho a la salud, con una Caja Costarricense de Seguro Social (en adelante CCSS) cada vez más fortalecida, en beneficio de todas las personas que requieren de esta institución.

¿Judicialización de la salud? Algunas tendencias

Desde hace algunos años ha surgido un fenómeno cada vez más creciente en distintos países de la región latinoamericana. Se han incrementado las acciones de los ciudadanos ante los tribunales de justicia, para exigir la protección de su derecho a la salud. A esta tendencia se le ha venido a denominar en algunas latitudes como “judicialización de la salud” (Brasil, Colombia y Argentina son ejemplos de esa tendencia). Esta tendencia ha permeado también en nuestro país en distintos foros, principalmente a nivel académico.

No obstante, tal denominación puede traer consigo connotaciones confusas e incluso negativas respecto del tema central que interesa. Esto podría afectar la percepción de los usuarios en dos

sentidos: a) respecto del Poder Judicial, por considerar que podría estar desarrollando acciones propias del sistema sanitario; y b) en cuanto al sistema público de salud, al considerar que solo implementa determinadas acciones cuando tiene de por medio el acatamiento de una orden judicial.

Ambas posiciones resultarían erróneas en razón de las competencias de cada sector y de cada actor. Es claro que a la Sala Constitucional le corresponde la protección de derechos fundamentales que puedan ser lesionados por acciones u omisiones de actores públicos o privados; y al sistema sanitario le compete materializar acciones que permitan salvaguardar la salud de la población y darle contenido práctico al derecho a la salud.

En años recientes, algunos autores han optado por designar de forma distinta la citada problemática. Algunas de estas denominaciones son: “la litigación por los derechos a la salud” (Gloppen y Roseman, 2013), “la protección judicial del derecho a la salud” (Yamin, Parra y Guianella, 2013), “litigación en derechos vinculados con la salud” (Wilson, 2013), “la tutela judicial del derecho a la salud” (Pereira, 2013), “litigios por el derecho a la salud” (Revez y otros, 2013). Esta diferencia quizás obedece a la necesidad de evitar confusiones y precisar su objeto de estudio.

En esa línea, y con el propósito de centrar nuestra atención en el análisis que aquí se pretende desarrollar, prefiero denominar el fenómeno en cuestión de la siguiente manera: el acceso a la justicia en relación con la protección del derecho a la salud. Esta designación permite incluir dos derechos fundamentales de toda persona, que aunque se refieren a ámbitos de acción distintos del poder estatal (justicia y salud), procuran un fin común que es que el derecho a la salud sea efectivo y real, tanto para cada sujeto en particular como para la población en general.

Otra tendencia de interés la encontramos en las llamadas “sentencias estructurales”. Se trata de resoluciones donde los jueces no solo resuelven las cuestiones individuales recurridas sino que a la vez ordenan acciones relacionadas con la organización y el funcionamiento del propio sistema de salud. Ejemplo de ello es la sentencia n.º T-760/08, emitida por el Tribunal Constitucional de Colombia, en la cual se reunió el análisis de 22 acciones de tutela (lo que en Costa Rica serían los recursos de amparo) y se ordenó una reestructuración profunda de sistema de salud colombiano, para garantizar el derecho de la salud.

En el caso de Costa Rica también comenzaron a darse sentencias de esta naturaleza. La primera de ellas es la n.º 2013-004621 del 10 de abril de 2013, emitida por la Sala Constitucional (redactada por la magistrada Calzada Miranda). En este caso se trataba de un reclamo individual por estar el usuario en “lista de espera” para una cirugía de ortopedia; solicitaba su pronta atención para resolver un problema de rodillas que le aquejaba. En este amparo, el citado tribunal además de ordenar la atención del paciente, dispuso que la CCSS debía en forma inmediata abocarse a reducir las listas de espera que se tenían en cada una de las especialidades en los diferentes centros de salud, así como a elaborar un “plan remedial (...) para que previa realización de los estudios técnicos que por enfermedad deba realizarse para determinar los tiempos de espera, permita reducir las listas de espera que actualmente se encuentran en cada una de las especialidades de los diferentes centros de prestación de servicios sanitarios del país, para que una vez aprobado el mismo dentro del plazo indicado, permita que dentro de los doce meses siguientes a la aprobación de dicho plan remedial, las listas de espera que existan contemplen plazos de espera razonables de acuerdo a la especialidad médica y el diagnóstico que corresponda. En el plan remedial, además, deben definirse los plazos de espera razonables por patología o grupos relacionados de diagnóstico de acuerdo con la sintomatología, el nivel de urgencia y las condiciones del paciente, así como los criterios objetivos para precisar la inclusión y ubicación de un paciente en las listas de espera. Asimismo, se deberá fijar un cronograma de avance, y las medidas administrativas o técnicas para cumplir con las metas del plan”.

En su oportunidad, la CCSS generó acciones para el cumplimiento de esta orden y definió plazos de espera para los procedimientos quirúrgicos que se identificaron en ese momento como mayoritariamente requeridos por los usuarios. Sin embargo, la definición de “plazos razonables” dentro de una lista de espera, resulta un asunto complejo que requiere constante revisión y actualización, desde el ámbito técnico-médico. De esta definición dependería, en gran medida, que el juez constitucional pueda contar con mayores insumos objetivos para el análisis que le corresponde hacer, cuando se trata de amparos de esta naturaleza.

¿Cómo comprender el derecho a la salud, más allá del ámbito curativo?

A nivel internacional, nuestro sistema de salud es considerado como un modelo sólido y con amplia experiencia. En este modelo, la CCSS es el único prestador público de servicios de salud. Precisamente para el año 2016, esta entidad llega a su 75 aniversario y, en el marco de su conmemoración, es un ejercicio obligatorio analizar el camino recorrido y determinar las acciones que deberían fortalecerse para garantizar la efectiva tutela del derecho a la salud.

Las crecientes demandas insatisfechas de los usuarios, en estrecha relación con el fácil acceso a la justicia constitucional, han generado que el recurso de amparo sea en la actualidad el medio más popular para exigir el cumplimiento del derecho a la salud. Las propias características de este mecanismo procesal facilitan esta situación. No se exige ninguna formalidad para la presentación de un recurso de amparo, solo se necesita expresar de forma clara el hecho u omisión que lo motiva y un lugar para recibir notificaciones. Puede ser presentado en cualquier idioma, en cualquier tipo de papel e, incluso, escrito a mano; además, puede enviarse por telegrama o por fax y no requiere patrocinio legal. En materia de salud, los amparos son resueltos con mayor prontitud, dada la naturaleza de los derechos que se pretende proteger (vida y salud).

Pero ¿qué debemos entender por derecho a la salud? Primero, es necesario hacer referencia al bien jurídico tutelado por este derecho. La salud es un bien superior derivado de la vida humana y de la propia dignidad de la persona y, por ello, debe ser garantizada por el Estado. Ello nos permite comprender que su protección va más allá del ámbito de competencias del sector sanitario, toda vez que existen determinantes de la salud (factores que influyen de forma directa o indirecta en el estado de salud de una persona), cuyo abordaje es competencia de otros sectores estatales. Algunos de estos determinantes son el acceso a agua potable, a una vivienda digna, a una alimentación adecuada, a un trabajo estable y bien remunerado, que permita la satisfacción de necesidades básicas; tener estilos de vida saludables; el acceso a la seguridad ciudadana y a la educación, entre otros. Todo esto tiene un impacto sobre la salud de las personas y sus comunidades. Es por ello que la salud debe ser considerada como un estado de equilibrio entre todos estos determinantes.

Ahora bien, la protección del derecho a la salud no es solo una responsabilidad estatal, sino también comunal, familiar e individual. La educación en salud es un factor clave para que las personas y la sociedad, en general, se empoderen sobre el cuidado de su propia salud. Dentro del ordenamiento jurídico costarricense, el artículo 3 de la Ley General de Salud dispone que “todo habitante tiene derecho a las prestaciones de salud, en la forma que las leyes y reglamentos especiales determinen y el deber de proveer a la conservación de su salud y de concurrir al mantenimiento de la de su familia y la de la comunidad”.

La norma citada contiene un importante principio: todo derecho conlleva el cumplimiento de determinadas obligaciones; lo cual toma especial relevancia cuando se trata del derecho a la salud. En el caso de la sociedad costarricense, nos hemos acostumbrado a considerar la exigencia del derecho hacia

el prestador público de servicios de salud, sin la debida comprensión de los ámbitos de responsabilidad que cada actor, iniciando por la propia persona, tiene al respecto.

Es aquí donde la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad se convierten en acciones clave que deben ser fortalecidas. Todo esto con el propósito de dejar de lado la errónea concepción de que la garantía del derecho a la salud solo se da en el quehacer prestacional de los servicios de salud (curativo/biológico).

A nivel internacional, la primera referencia al derecho a la salud la encontramos en los principios constitutivos de la Organización Mundial de la Salud (1946); dos años después, se incorporó a la Declaración Universal de Derechos Humanos (inciso 1) del artículo 25). También fue incluido en el artículo 12 de Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante Pidesc), cuyo inciso 1) dispone lo siguiente: “los Estados partes en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Esta disposición se reproduce en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador (Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), como el “disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social”.

Posteriormente surge una mejor precisión sobre este derecho, específicamente en la observación general n.º 14 del Pidesc (2000), la cual, entre otras cosas, dispone: “El concepto del ‘más alto nivel posible de salud’, a que se hace referencia en el párrafo 1 del artículo 12, tiene en cuenta tanto las condiciones biológicas y socioeconómicas esenciales de la persona como los recursos con que cuenta el Estado. Existen varios aspectos que no pueden abordarse únicamente desde el punto de vista de la relación entre el Estado y los individuos; en particular, un Estado no puede garantizar la buena salud ni puede brindar protección contra todas las causas posibles de la mala salud del ser humano [...] Por lo tanto, el derecho a la salud debe entenderse como un derecho al disfrute de toda una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el más alto nivel posible de salud”.

En ese mismo instrumento se indica que “el Comité [Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales] interpreta el derecho a la salud, definido en el apartado 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no solo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud”. Adicionalmente, se indica que este derecho incluye los siguientes elementos esenciales que están estrechamente interrelacionados: a) disponibilidad; b) accesibilidad (en cuatro dimensiones: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y acceso a la información); c) aceptabilidad; y, d) calidad.

Lo anterior nos permite avanzar en la comprensión del derecho a la salud, más allá del enfoque curativo al que tradicionalmente hemos estado acostumbrados en particular desde la perspectiva jurídica.

Dada dicha definición, resulta en este punto necesario plantearnos la siguiente interrogante: ¿por qué si la citada observación fue emitida por el Comité de las Naciones Unidas encargado de interpretar el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y este último es un instrumento internacional de derechos humanos ratificado por Costa Rica e integrado a nuestro ordenamiento jurídico, no es una fuente que sea utilizada y planteada en la jurisprudencia constitucional cuando se analiza el derecho a la salud?

Por el contrario, en forma reiterada, al referirse al bien jurídico “salud”, la Sala Constitucional la define solamente desde el concepto que da la constitución de la OMS como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (1946). Este enfoque es meramente curativo y muy limitado; y, como se ha visto, ya está superado. Desde la perspectiva de

los determinantes de la salud a que hace referencia la observación general n.º 14, es clara la necesaria evolución que conlleva el análisis del derecho a la salud. Por ello, es fundamental que los operadores jurídicos, las autoridades y el personal de salud y la sociedad en general, comprendan el derecho a la salud en sentido amplio; todo esto con el propósito de tener una visión más clara de cómo protegerlo y, de esta forma, fortalecer las acciones que sobre el particular se realizan.

Con los insumos descritos, me permito hacer una aproximación a la forma en que podría ser entendido el derecho a la salud, integrando elementos jurídicos y de salud pública. El derecho a la salud es un derecho subjetivo y fundamental, inherente al ser humano, que debe ser tutelado por el Estado; el Estado debe garantizar el acceso equitativo a las acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, tomando en cuenta los diferentes determinantes del proceso salud-enfermedad. En ese sentido, existe obligación del poder estatal de adoptar las medidas necesarias para que la población tenga acceso, con calidad, a los servicios básicos que se requieren para proteger su salud; estos servicios deben brindarse de forma eficiente, eficaz y efectiva. Para la protección efectiva de este derecho se requiere también del compromiso y responsabilidad de cada persona y comunidad, en el cuidado de su propia salud (Vargas, 2010, 2013).

Aunado a lo anterior se debe señalar que en la Constitución Política de Costa Rica, este derecho no está expresamente contenido. Ha sido por medio de la interpretación que ha hecho la Sala Constitucional, que se encuentra derivado del artículo 21 que establece que la vida humana es inviolable. De la lectura integral de nuestra Carta Magna, podemos afirmar que el derecho a la salud tiene fundamento, además, en los artículos 46 (derecho del consumidor y usuarios a la protección de su salud), 50 (derecho a un ambiente sano), 73 (establece que el gobierno y administración de los seguros sociales está a cargo de la CCSS) y 177 (obligación del Estado de brindar los recursos necesarios para lograr la universalización de los servicios de salud) (Vargas, 2010, 2013).

Algunas de las principales líneas jurisprudenciales en materia de derecho a la salud

Se ha documentado que la mayoría de los recursos de amparo interpuestos en materia de derecho a la salud, presentados contra la CCSS, se refieren a reclamos por listas de espera y por medicamentos (Vargas, 2010) y (Programa Estado de la Nación, 2015). Dentro de estos procesos la Sala Constitucional le da preponderancia al criterio de lo que denomina “médico tratante”; independientemente de la evidencia científica y el consenso de expertos que existe a nivel de dicha entidad. Esta posición ha generado controversia.

En cuanto a la situación de las listas de espera, la jurisprudencia constitucional ha señalado que “los servicios de las clínicas y hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social están en el deber de adoptar e implementar los cambios organizacionales, de contratar el personal médico o auxiliar y de adquirir los materiales y equipo técnico que sean requeridos para brindar prestaciones eficientes, eficaces y rápidas. Los jerarcas de las Clínicas y Hospitales no pueden invocar, para justificar una atención deficiente y precaria de los pacientes, el problema de las “listas de espera” para las intervenciones quirúrgicas y aplicación de ciertos exámenes especializados o de la carencia de recursos financieros, humanos y técnicos, puesto que, es un imperativo constitucional que los servicios de salud pública sean prestados de forma eficiente, eficaz, continua, regular y célere. Los jerarcas de la Caja Costarricense de Seguro Social y los Directores de Hospitales y Clínicas que les pertenecen están en el deber y, por consiguiente son los personalmente responsables –en los términos del artículo 199 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública–, de adoptar e implementar todas las providencias y medidas administrativas y organizacionales para poner coto definitivo a la prestación tardía –la cual, en ocasiones, deviene en omisión por sus consecuencias– de los servicios de salud, situación que constituye,

a todas luces, una inequívoca falta de servicio que puede dar lugar a la responsabilidad administrativa patrimonial de esa entidad por las lesiones antijurídicas provocadas a los administrados o usuarios (artículos 190 y siguientes de la Ley General de la Administración Pública)” (Sala Constitucional, sentencia n.º 13890-2016 y, en el mismo sentido las sentencias n.º 13848-2016, 13740-2016, 13731-2016, 12712-2016, 12290-2016, 8391-2016).

Este tema ha llevado a discusiones importantes por parte del personal de salud y autoridades sanitarias. Según su punto de vista, existe “falta de criterio” de parte de la Sala Constitucional, al ordenar la realización de una cirugía, sin tomar en cuenta aspectos de orden médico del paciente e, incluso, “pasando por alto” la prioridad que puedan tener otros pacientes incluidos en la misma lista de espera o que el caso del recurrente no sea una emergencia médica. Algunos hospitales, al brindar el informe a la Sala Constitucional, han comprendido la necesidad de fortalecer la descripción del caso clínico y han comenzado a implementar medidas para documentarlo de mejor manera en el expediente de salud del paciente y en el propio informe que se brinda a dicho tribunal. Se ha hecho al estado de salud del recurrente, en especial si se presentan factores que impiden realizar la cirugía, como por ejemplo la existencia de padecimientos como obesidad, diabetes, colesterol alto, triglicéridos, entre otros, que pudieren elevar el riesgo de complicaciones durante y después de la cirugía o, incluso, provocar la muerte. La idea es que se permita comprender mejor los casos en los que se evidencian razones objetivas por las que no se ha realizado la cirugía; o aquellos casos en que la salud del paciente no está en peligro y, consecuentemente, no se trata de una emergencia médica.

En relación con esta línea jurisprudencial, es referencia obligatoria el voto salvado del entonces magistrado Piza Rocafort, plasmado en la sentencia n.º 8421-2012 del 22 de junio de 2012. Aunque el amparo fue declarado con lugar (paciente alegaba que se encontraba en lista de espera de un hospital y exigía la realización de la cirugía por piedras en la vesícula), el magistrado Piza se apartó del criterio de mayoría y salvó su voto, por considerar que en ese caso había “límites institucionales” que la Sala no podía desconocer. Piza plantea algunos elementos de interés respecto de la “razonabilidad” que podría existir en cuanto a los límites que tiene todo sistema de salud y la necesidad de determinar plazos de espera razonables técnicamente.

En ese sentido, el magistrado Piza señala que “la Sala no debe sustituir a los profesionales de salud en esa definición, ni tampoco debe desnaturalizar el orden de prioridades establecido, puesto que al acoger un recurso y ordenar una prestación específica [...] no puede desconocer que está alterando el orden y las prioridades que el propio centro de salud ha determinado, afectando eventualmente a otros beneficiarios y usuarios que pueden ser desplazados en el orden de la agenda, de manera que al ordenar un servicio para un recurrente en amparo, se puede estar desplazando los servicios que estaban acordados o que debían prestarse a otros usuarios o asegurados del mismo servicio [...]”.

Señala además que “mientras la institución prestadora de los servicios de salud, no establezca esos parámetros y criterios para valorar la razonabilidad de los tiempos de espera para los procedimientos requeridos técnica y profesionalmente, la Sala Constitucional no puede más que seguir los criterios que parezcan más razonables a la hora de determinar, en cada caso, si los tiempos de espera que deben soportar los usuarios y pacientes de los servicios de salud, violentan o no el derecho a la salud de los recurrentes o tutelados”.

En su análisis, dicho magistrado va más allá y plantea algunos criterios que, según su consideración, deben seguirse al resolver un recurso de amparo en materia de listas de espera. De manera resumida, dichos criterios son los siguientes:

- a) Cuando el servicio a prestar sea urgente, cualquier cita superior a los tres meses se consideraría violatoria.

- b) Cuando el servicio no sea urgente pero exista evidencia de una afectación seria de la salud o de la calidad de vida del paciente, por la ausencia del servicio recomendado, cualquier cita superior a los seis meses sería violatoria del derecho a la salud. Esto mismo es aplicable cuando después de tres meses no se ha dado cita al paciente o no se ha anotado en la agenda una fecha para la intervención, cita o procedimiento.
- c) Cuando el servicio sea necesario para lograr el mejoramiento de la salud o la calidad de vida del paciente, pero no se considere urgente ni exista evidencia de una afectación seria de la calidad de vida o de la salud del paciente; cualquier cita superior a los 18 meses debe ser considerada violatoria del derecho a la salud. Esto mismo se aplica cuando después de nueve meses de la recomendación del servicio, no se le ha dado cita al paciente o no se ha anotado en la agenda una fecha para realizar el procedimiento.
- d) Cuando el servicio a prestar sea útil, pero no necesario para la salud o calidad de vida del paciente, no debería aplicar el amparo; lo anterior a menos que se demuestre una discriminación en la prestación de los servicios u otra violación a derechos fundamentales del paciente.

Se trata no solo de contar con un cuadro básico de prestaciones que el sistema sanitario pueda brindar, sino también de que se hayan definido tiempos de espera razonables. Estos tiempos de espera razonables deben ser debidamente informados a las autoridades y al personal de salud involucrado. De acuerdo con esto, incluso el no anotar a un paciente en la lista de espera del procedimiento (médico o quirúrgico) que requiere, bajo el argumento de que “no se han abierto agendas”, resultaría también violatorio del derecho a la salud.

Algunos de estos aspectos podrían ser valorados por las autoridades competentes, con el propósito de fortalecer la gestión de las listas de espera. Esto por cuanto se trata de un tema sensible en el quehacer de los servicios de salud, respecto del cual no solo surgen los principales cuestionamientos entre los usuarios; sino también, por el hecho de que se hayan incrementado los recursos de amparo interpuestos por este motivo.

Otro gran tema que de manera frecuente es recurrido, es el relacionado con el acceso a medicamentos; mayoritariamente por fármacos no incluidos en la Lista Oficial de Medicamentos (en adelante LOM) de la CCSS. Dentro de este tema es reiterada la jurisprudencia que da preferencia al “criterio del médico tratante”, al momento de determinar la procedencia del reclamo.

Las autoridades de la CCSS han debatido el uso de ese término, bajo el argumento de que institucionalmente no existe un único “médico tratante”, sino varios “médicos prescriptores”; quienes prescriben medicamentos en el ámbito institucional. Sin embargo, es importante señalar que en muchas ocasiones en las propias respuestas que se dan a la Sala Constitucional y que son firmadas por autoridades de la CCSS, se utiliza la primera denominación. Esto es tan solo un ejemplo de la falta de uniformidad que en muchas ocasiones se evidencia en los informes que son remitidos al tribunal constitucional; aspecto que incluso ha sido cuestionado por distintos magistrados, dado que ello les genera confusión en el análisis que hacen del caso.

Ahora bien, en materia de medicamentos que se reclaman por la vía del amparo, sobresalen los conflictos técnicos que se presentan entre el “médico prescriptor” (término que resulta más apropiado dentro de la lógica institucional de la CCSS) y el Comité Central de Farmacoterapia. También, cuando se solicitan tratamientos como radioterapia con acelerador lineal y la diferencia de criterios que se da entre el médico que atiende al paciente y la Comisión de Oncología de la CCSS. Esto para citar dos ejemplos de las situaciones que en esta línea se presentan.

Según la reiterada jurisprudencia de la Sala Constitucional, en estos casos prevalece el criterio del primero, bajo el argumento de que dicho médico es quien mejor conoce lo que le acontece al paciente, porque lo ha visto y lo ha atendido. En ese sentido, la “Sala ha establecido y sostenido que en caso

de métodos diagnósticos o de tratamientos prescritos por el médico tratante de los pacientes y éste recomienda un medicamento específico, la Caja deberá proveerlo. Tal tesis tiene sustento en el hecho de que el médico especialista que trata a un paciente conoce mejor que ningún otro su realidad y sus necesidades. (Sala Constitucional, sentencia n.º 482-2008 y, en el igual sentido las sentencias n.º 7332-2007, 14581-2006, 5021-2006).

En esa misma línea jurisprudencial, dicho tribunal ha señalado que “la opción tomada por la Sala en punto a respetar el criterio del médico institucional tratante no significa otra cosa más que dar respaldo a la libertad de prescripción médica, entendida ésta no como una facultad del galeno de dar los medicamentos que quiera, cuando se quiera y a quien se quiera, sino como la capacidad o posibilidad de brindar al enfermo lo mejor para él en cuanto a pronóstico y calidad de vida. (...)En esta tesitura, siempre que el médico institucional actúe dentro del marco descrito, aunque existan otras razones técnicas que lleven al Comité Central de Farmacoterapia de la entidad recurrida a considerar distintas alternativas terapéuticas, existentes en la guía oficial o no-sin considerar las meramente económicas que resultarían inadmisibles para este Tribunal-, deben atenderse las expuestas razonadamente por el médico tratante, partiendo de la premisa de que por su inmediata relación con el enfermo es quien posee superiores elementos para valorar lo mejor para su situación clínica, con la pauta terapéutica más adecuada, durante el tiempo que sea necesario y de forma que suponga el menor riesgo posible para el paciente, del cual previamente se le debe haber informado (Sala constitucional, sentencia n.º 8012-2016 y, en el mismo sentido las sentencias n.º 7036-2016, 4911-2016, 3700-2016, 5107-2010).

No obstante es necesario aclarar que, bajo el paradigma de la medicina basada en evidencia y la medicina de consenso, no resultaría razonable dar prioridad al criterio de un solo médico aunque este haya atendido al paciente. Esto por cuanto en el ámbito médico no solo debe valorarse la experiencia del profesional en el caso, sino también la evidencia científica que fundamentó sus recomendaciones.

En algunos países se ha empezado a considerar la necesidad de que el juez cuente con el criterio de un “tercero imparcial” que le brinde mayores insumos para el análisis del caso. En Costa Rica, el citado tribunal constitucional ha empezado a sentir dicho requerimiento y ha solicitado informes del caso a la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica y a los médicos forenses del Poder Judicial, para tener mayores elementos de prueba en la resolución del caso y con una perspectiva médica.

Es importante indicar que, desde el año 2010 se han abierto espacios de diálogo entre autoridades y personal, tanto de la jurisdicción constitucional y como del ámbito sanitario. En estos espacios también han participado académicos y funcionarios de la Defensoría de los Habitantes. Se trata de encuentros organizados por la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica, con el apoyo constante del Colegio de Médicos y Cirujanos, del Colegio de Farmacéuticos y de la Iniciativa SaluDerecho del Banco Mundial.

En esos encuentros se han identificado debilidades en el abordaje del fenómeno que hemos venido a denominar a partir de ahora como “acceso a la justicia en relación con la protección del derecho a la salud”. De forma conjunta se han visualizado algunas alternativas para la atención de este fenómeno, sin embargo es claro que se trata de un tema sobre el cual se requiere fortalecer acciones tanto a nivel de la propia gestión de los servicios de salud, como en la formación del recurso humano responsable de generar acciones que involucren la atención y resolución de tales casos.

Dentro de dicho contexto es importante destacar que, en el caso de la Sala Constitucional, se realizó una capacitación sobre medicina basada en evidencia, en la cual participaron letrados y médicos forenses del Poder Judicial. Esto podría generar cambios en la jurisprudencia constitucional, al dejar de dar primacía al criterio del médico tratante y basarse más bien en la evidencia científica aportada al caso. Un ejemplo de ello lo encontramos en la sentencia n.º 3337-2014.

Por parte de la CCSS también se han desarrollado acciones en relación con la atención de recursos de amparo. Así, por parte de la Dirección Jurídica se han realizado talleres con un enfoque multidisciplinario, donde participan médicos, abogados y autoridades responsables de elaborar los informes que deben ser remitidos a la Sala Constitucional. La idea es ofrecerles mayores insumos que les permitan comprender qué información debe ser precisada de mejor manera para que los funcionarios responsables del análisis del caso en el ámbito jurisdiccional, cuenten con mayores elementos que les permitan comprender de mejor manera el caso que analizan. También, han sido importantes estos talleres para uniformar criterios de forma objetiva, dentro de la lógica de entender a la CCSS como una sola entidad.

Capacitaciones de esta naturaleza permiten, además, sensibilizar al personal de cómo lograr una efectiva protección del derecho a la salud, una mejor forma de defender los intereses en juego. Es importante que tales esfuerzos tengan una mayor oferta y se realicen de manera más frecuente, con el propósito de lograr un mayor impacto a nivel institucional.

Es posible que se hayan desarrollado más acciones. No se pretende aquí enumerar todas ellas sino visualizar el interés que ha existido por abordar este tema, desde el ámbito de competencias de los distintos actores involucrados. Sin embargo, aún falta mucho camino por avanzar, en un trabajo donde todos podemos aportar.

Conclusiones

Para poder visualizar la CCSS que como país queremos y necesitamos a futuro, en escenarios de mediano y largo plazo, es indispensable comprender que el derecho a la salud va mucho más allá del tradicional enfoque curativo al que hemos estado acostumbrados. Se debe tomar en consideración los determinantes de la salud y las responsabilidades que competen a cada actor involucrado en la atención de estos determinantes; incluso, se debe tener en cuenta al propio individuo y a la comunidad donde se desarrolla.

Es claro que en el tanto tengamos una población más educada en materia de salud, el impacto en el tercer nivel de atención podría ser menor en los próximos años, siendo que este representa la mayor carga económica para el sistema sanitario. Pero también se requiere de una mayor sensibilización y capacitación de los propios funcionarios de la CCSS, sobre lo que realmente involucra el análisis del derecho a la salud. Este es un factor clave para la defensa de los intereses institucionales, particularmente cuando se cuestionan acciones u omisiones que limiten el contenido de ese derecho.

Por otra parte, debemos reconocer el rol que tiene la Sala Constitucional en la protección del derecho a la salud, así como el interés de la CCSS por fortalecer las acciones que le corresponde desarrollar dentro de su ámbito de competencias, para hacer efectivo este derecho. Es necesario que los jueces constitucionales consideren la necesidad de que el personal de ese ámbito jurisdiccional, fortalezca y amplíe sus conocimientos en temas que les permitan una mayor comprensión de cómo debe ser protegido este bien jurídico, en sentido amplio; así como sobre las particularidades del sistema público de salud y las limitaciones y alcances del derecho a salud.

A la vez, es necesario que en la jurisprudencia constitucional se empiece a incorporar los insumos que da la observación general n.º 14 del PIDESC, para comprender de mejor manera este derecho.

Por parte de la CCSS, es indispensable fortalecer la gestión de los servicios de salud y garantizar la equidad en la distribución de los recursos, según las necesidades debidamente identificadas. Establecer, revisar, actualizar y socializar la determinación de plazos de espera razonables, en materia de listas de espera, es una estrategia que puede ayudar a proteger de forma más efectiva el derecho del usuario.

Todo con el propósito de atender sus necesidades de acceso a los diferentes servicios institucionales. Además, debe darse continuidad al proceso de capacitación que se ha venido desarrollando para el personal involucrado en la atención de recursos de amparo, particularmente en aquellas unidades que no cuentan con asesoría legal.

Es necesario comprender las distintas variables que convergen en el concepto de “acceso a la justicia en relación con la protección del derecho a la salud”, para encontrar alternativas de abordaje que permitan tutelar de forma efectiva este derecho y fortalecer las acciones que en ese sentido deban desarrollar los distintos actores involucrados. Se trata de un asunto complejo que requiere de mayor análisis; análisis que debe ser sistematizado y con un enfoque multidisciplinario.

Se debería contar con un registro institucional de los recursos de amparos interpuestos contra la CCSS. Una base de datos que constantemente sea actualizada y reúna toda la información que se genera en distintas unidades. Contar con datos confiables y oportunos sobre el comportamiento de este fenómeno es clave para la toma de decisiones. En este caso sería de gran ayuda el uso de herramientas estadísticas.

Algunas acciones se han desarrollado, pero debemos dirigir nuestra mirada hacia un futuro que nos permita tener una CCSS cada vez más fortalecida. Se trata de un objetivo que como sociedad debemos asumir y, que como personal de esta entidad debemos cumplir.

Fuentes utilizadas

Caja Costarricense de Seguro Social. 2014. *Memoria institucional*. Fecha de consulta: 5 de julio de 2016. Tomado de <http://www.ccss.sa.cr/cultura>.

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. 2008. *Memoria del Colegio de Médicos y Cirujanos (1857-2008)*: 151 años de historia de la organización médica en Costa Rica. Costa Rica.

Gloppen, S y Roseman, MJ. 2013. Introducción. ¿Pueden los litigios judiciales volver más justa la salud? En: Yamin, AE y Gloppen, S. *La lucha por los derechos de la salud*.

La Scaleia, A. 2012. La judicialización de la salud, casi una nueva enfermedad. En : *El Clarín*. 23 de setiembre. Fecha de consulta: 30 de junio de 2016. Recuperado de http://www.clarin.com/opinion/judicializacion-salud-nueva-enfermedad_0_779922026.html.

Motta Ferraz, O. 2013. Brasil: desigualdades en salud, derechos y tribunales. El impacto social de la judicialización de la salud. En: Yamin, AE y Gloppen, S. *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* 97-126. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Naciones Unidas, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 2000. Observación general n.º 14. Fecha de consulta: 5 de julio de 2016. Tomado de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>.

Norheim, OF y Gloppen, S 2013. La litigación en reclamo de medicamentos. ¿De qué modo es posible evaluar el impacto en los resultados de salud? En: Yamin, AE y Gloppen, S. *La lucha por los derechos de la salud. Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* 97-126. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Organización Mundial de la Salud. 1946. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Fecha de consulta: 5 de julio de 2016. Tomado de <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/SP/constitucion-sp.pdf?ua=1>.

Organización Panamericana de la Salud. 1978. Declaración del Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Fecha de consulta: 5 de julio de 2016. Tomado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=19004&Itemid=2518.

Pereira, S 2013. La tutela judicial del derecho a la salud en Uruguay. En la mesa redonda: Derecho a la salud, medicamentos y otras prestaciones de alto costo. 7 de mayo. Fecha de consulta: 30 de junio de 2016. Recuperado de <http://api.ning.com/files/zkGb0X42pMRqaCTRgfnGAjxAH7DzpVXQZWpCb4oqdWFCuhxdn-V-FIWmMTHjvaH45HhLayHZWOQ1HZ17IeBOTB1VKqe9e/MesaRedondaDerechoSalud.pdf>.

Programa Estado de la Nación. 2001. *Séptimo informe estado de la Nación en desarrollo humano sostenible*. Capítulo 5to. San José. [documento electrónico]. Fecha de consulta: 18 de junio de 2016. Recuperado de http://www.estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/007/info7cap5.pdf.

Programa Estado de la Nación. 2015. Primer informe estado de la justicia. San José. [documento electrónico]. Fecha de consulta: 18 de junio de 2016. Recuperado de <http://www.estadonacion.or.cr/justicia/assets/estado-de-la-justicia-1-baja.pdf>

Reveiz L et al. 2013. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. *Rev Panam Salud Pública*.33(3):213–222. Fecha de consulta. 3 de julio de 2016. Recuperado de http://www.paho.org/journal/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=pdfs-march-2013&alias=570-litigios-por-derecho-a-la-salud-en-tres-paises-de-america-latina-revision-sistemica-de-la-literatura&Itemid=847.

Sala Constitucional. Sentencias n.º 5021-2006, 14581-2006, 7332-2007, 482-2008 5107-2010, 14898-2011, 8421-2012, 4621-2013, 3337-2014, 3700-2016, 4621-2016, 4911-2016, 7036-2016, 8012-2016, 8391-2016, 12290-2016, 12712-2016, 13731-2016, 13740-2016, 13848-2016, 13890-2016, Tomadas de http://jurisprudencia.poder-judicial.go.cr/SCIJ_PJ/busqueda/jurisprudencia/jur_selectiva.aspx?strErr

Salazar, R, Patiño, S y Orozco, V. 2008. *El recurso de amparo en Costa Rica*. San José: Editorama SA.

Tribunal Constitucional de Colombia. Sentencia T-760/08. Tomado de <https://www.minsalud.gov.co/Ministerio/Documents/Sentencia%20T-760/SENTENCIA%20T760%20-2008.pdf>.

Vargas López, K. 2010. *El desarrollo del derecho a la salud por parte de la Sala Constitucional y su influencia en el sistema público de salud en Costa Rica*. Trabajo final de investigación para optar al título de Maestría Profesional en Salud Pública con énfasis en Gerencia de la Salud. Campus Rodrigo Facio. Universidad de Costa Rica. Tomado de http://api.ning.com/files/-sS*3bYtX9pI8MldoXmh*UNrWrnqzwFpmAcHnZuCosTMOcMGbeaD7a4zX4fsU5N2FX90rFw9u3ODpd12rzcuRljvzVQcSMFQ/8._EL_DESARROLLO_DEL_DERECHO_A_LA_SALUD_POR PARTE_DE_LA_SALA_CONSTITUCIONAL.pdf.

Vargas López, K. 2010. *Marco legal de la salud pública en Costa Rica*. Tomado de [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B0D1087F710557EE05257BC5007A2640/\\$FILE/23_Marco_legal.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/B0D1087F710557EE05257BC5007A2640/$FILE/23_Marco_legal.pdf).

Vargas López, K. 2013. *Principales líneas jurisprudenciales en materia de derecho a la salud en Costa Rica*. Tomado de <http://www.cadernos.prodisa.fiocruz.br/index.php/cadernos/article/view/21/45>

Wilson, B. 2013. Costa Rica: litigación en derechos vinculados con la salud. En: Yamin, AE y Gloppen, S. *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* 159-183. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Yamin, AE, Parra-Vera, Ó y Gianella, C. 2013). Colombia: La protección judicial del derecho a la salud. Una promesa difícil de cumplir? En: Yamin, AE y Gloppen, S. *La lucha por los derechos de la salud. ¿Puede la justicia ser una herramienta de cambio?* 127-157. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.

Gestión clínica en la CCSS: desafíos

Olga Arguedas Arguedas

Introducción

La gestión clínica consiste en la articulación de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos, para el mejor cuidado de los pacientes. El concepto de gestión clínica está estrechamente vinculado con los fundamentos éticos de la medicina, ya que su objetivo es brindar el máximo beneficio a los usuarios, quienes deben ser siempre el eje fundamental de nuestro quehacer. Y, en consecuencia, la sociedad en su conjunto recibirá un impacto positivo.

Históricamente, en el ámbito de los servicios públicos de salud, el “racionalismo planificador” dominó hasta la segunda mitad de los años setenta; la década de los ochenta fue marcada por el “gerencialismo”; y, en los noventa aparecen los modelos de competencia gestionada.

A finales de la década de los noventa, resurgieron conceptos que, aunque habían estado presentes con anterioridad, adquirieron una nueva dimensión. De aquí surge la gestión clínica como una nueva forma de pensar, gobernar y gestionar las organizaciones de salud (Ruiz, 2004: 45-115).

La gestión clínica requiere de tres acciones fundamentales:

- a) Investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- b) Analizar y optimizar los procesos de atención a los enfermos.
- c) Dotar de la estructura organizativa y de control adecuada.

Estas acciones están inmersas en la práctica cotidiana de diferentes dependencias dentro de la estructura actual de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), y deben reconocerse los sólidos y gigantescos avances que se han generado en nuestro país, 75 años después de su fundación. Sin embargo, el panorama de la salud de los costarricenses se ha modificado en el tiempo transcurrido, con una situación actual dominada por largas expectativas de vida y una mayor ocurrencia de enfermedades crónicas e incidentes violentos que generan discapacidad.

En este marco, se presenta el siguiente ejercicio desde la perspectiva de alguien involucrado en la gestión hospitalaria, que no pretende ser exhaustivo o abarcar las múltiples facetas de la gestión clínica, sino simplemente identificar algunos desafíos mayores presentes en la actualidad, que deben ser resueltos con inteligencia, pensando en los siguientes 75 años de nuestra institución.

Desafío 1: La importancia de medir

La ejecución efectiva y las mejoras sostenidas derivadas de las tres acciones mencionadas en la introducción, no se pueden lograr sin el desarrollo y aplicación de instrumentos o índices que permitan medir lo que se hace. Es ampliamente aceptado, en el ámbito administrativo y gerencial, el hecho de que “lo que no se mide no existe”; y, consecuentemente, no puede ser mejorado. Sin embargo, en los profesionales de la salud existe una resistencia natural, casi universal, a la medición de indicadores vinculados con los procesos de atención, pues esta acción es muchas veces interpretada como una violación a su autonomía profesional.

Es claro que la actividad sanitaria está estrictamente condicionada por las características de los pacientes atendidos: edad, diagnóstico, tratamiento, etc.; de tal manera que debemos partir del hecho de que nuestro sistema hospitalario aglutina una diversidad de establecimientos con características particulares, no solo dadas por el nivel de complejidad en el que son clasificados, sino también por los aspectos epidemiológicos de la población a la que brindan el servicio.

Los índices o medidas que aplicamos en la medición de la gestión clínica, deben ser sensibles a estas diferencias y evidenciarlas de una manera precisa y justa. En la actualidad, la actividad de un hospital se mide a través de indicadores clásicos como número de ingresos y egresos, estancia promedio, giro de cama, porcentaje de ocupación, mortalidad etc.; y esto se une a otros indicadores relacionados con los sistemas internacionales de clasificación de pacientes.

Es incuestionable que, para ser funcionales, los sistemas de clasificación de pacientes requieren de aceptación por parte tanto de los clínicos como de los gestores. Además, deben tener la capacidad de captar las diferencias entre los diferentes tipos de pacientes y, con fundamento en eso, predecir resultados (Almenara y otros, 2002).

Dentro de los diversos sistemas de clasificación clínica, uno de los más aceptados en la actualidad es el denominado Grupos relacionados de diagnóstico. Este sistema fue creado por Fetter y colaboradores en la Universidad de Yale, en la década de los setenta, con el objetivo de obtener una clasificación de episodios de hospitalización en función del consumo de recursos y de la lógica en el manejo clínico de pacientes (Fetter y otros, 1980). En la actualidad, este sistema es el más utilizado en los hospitales europeos. En Costa Rica, aunque se han ejecutado algunas experiencias hospitalarias utilizándolo, el lenguaje común de las áreas de registros médicos y estadísticas en salud, sigue siendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE10).

En síntesis, la disponibilidad actual de tecnologías de información en las áreas de registros médicos, ofrece enormes posibilidades de robustecer la gestión clínica basada en la medición. Esta práctica permitirá reconocer con precisión los aspectos prioritarios que requieren mejoras.

Desafío 2: Clínicos gestores y gestión clínica

Un enorme desafío de la gestión clínica, tanto a nivel global como en el contexto de la seguridad social costarricense, radica en hacer mejores gestores a los clínicos. Es decir, devolver las responsabilidades de decisión y organización a aquellas personas que laboran en el nivel clínico y tienen un contacto directo con los usuarios.

Otro reto, concatenado estrechamente con el anterior, consiste en dar una orientación más clínica a la gestión administrativa; es decir, mejorar la producción a través de una decidida inversión en la gestión del conocimiento, por parte de las instituciones de salud.

Este desafío requiere del reconocimiento de dos principios básicos. El primero de ellos es que el funcionamiento de un sistema como el de la CCSS depende de millones de decisiones clínicas individuales, que tienen lugar cotidianamente y que es imposible modularlas a través del uso exclusivo de instrumentos de control o de gestión de recursos. El segundo principio gira alrededor del hecho de que la efectividad y la calidad de los servicios dependen cada vez más de la capacidad de las organizaciones para articular el trabajo de las diferentes dependencias clínicas y niveles de atención. Esto último adquiere particular relevancia en el panorama actual de la salud de los costarricenses, que obliga a robustecer cada día más el trabajo por procesos y la colaboración interniveles.

En este marco, es evidente que los profesionales en salud necesitan de la organización para su práctica y desarrollo; y la organización existe en la medida en que en ella se tomen decisiones clínicas, que son su “producto” y su razón de ser. Esta interdependencia se constituye en una relación compleja, en la que la autonomía de los profesionales en salud puede entrar en conflicto con la necesidad de eficiencia en el uso de los recursos de una organización, como la CCSS. Este tipo de conflictos no se dan solamente en nuestro país, sino que han sido descritos universalmente y son producto de la confrontación de los profesionales sanitarios y de los gestores; y del propio papel de los primeros en la gestión de las organizaciones (Ruiz, 2004).

Debe agregarse además que la relación entre el profesional de la salud y el paciente, tiene características que no se presentan en ninguna otra relación cliente-profesional. El valor subjetivo que tiene la salud para las personas y la vivencia de su proceso de enfermar, unidos al dolor y al miedo a la muerte; hacen que el encuentro entre el profesional de la salud y el paciente sea una situación compleja, en la que ambos comparten la necesidad de utilizar los medios que estén a su alcance para lograr un diagnóstico y tratamiento adecuados. En este marco, la dimensión económica de la decisión clínica que implica inevitablemente el consumo de recursos, puede provocar conflictos y distorsiones en la práctica profesional.

En síntesis, el desafío radica en la atracción de los clínicos hacia la gestión, sin que lo perciban como una lesión en su autonomía profesional y, por el contrario, se posicione como un elemento de valor para mejorar el cuidado de los pacientes.

Desafío 3: El gobierno clínico

El gobierno clínico es un marco que permite a todos los profesionales de salud involucrados en la atención clínica, mejorar de forma continua la calidad y salvaguardar los estándares de cuidados. Los elementos fundamentales del gobierno clínico son (Ruiz, 2004):

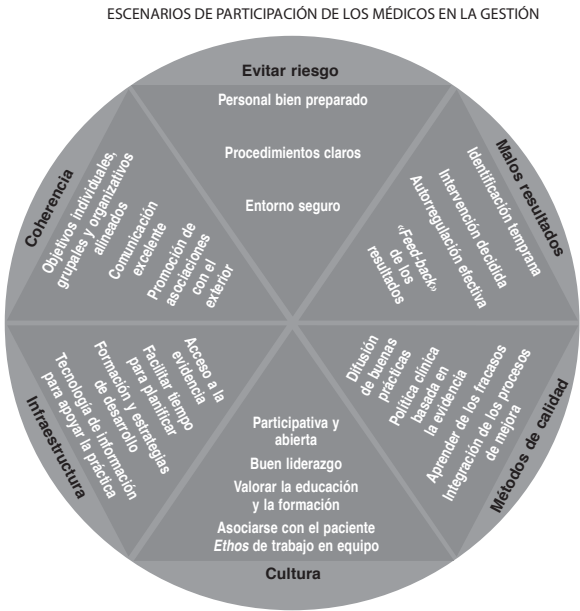
- a) Asegurar que los profesionales de salud cuentan con la formación, entrenamiento, habilidades y competencias necesarios para brindar los cuidados que precisan los pacientes.
- b) Garantizar que existen en toda la organización, procesos que aseguran la mejora de la calidad.
- c) Utilizar las técnicas necesarias para anticiparse y prevenir problemas potenciales.
- d) Desarrollar técnicas que permitan monitorizar y mejorar la práctica existente.
- e) Identificar, reconocer y rectificar las prácticas inadecuadas o pobres, facilitando a los clínicos un entorno que les permita aprender de sus errores y no solamente buscar culpables.
- f) Facilitar la aplicación de las buenas prácticas.

La contribución de Scally y Donaldson (1998), directivos de los servicios sanitarios británicos, en la definición de gobierno clínico, es fundamental. Los tres componentes fundamentales de esta definición de gobierno clínico son ampliamente conocidos: responsabilidad, mejora continua de la calidad y estándares; sin embargo, su integración efectiva en la práctica cotidiana de los establecimientos de salud no es tan sencilla. Para ello, es fundamental la existencia de una política de calidad institucional

desarrollada de manera vigorosa, que logre convencer y hacer participar a quienes toman las decisiones clínicas todos los días.

En la figura 1 se agrupan todas las aproximaciones al gobierno clínico.

Figura 1. Aproximaciones del gobierno clínico. Tomado de Ruiz (2004).



Integración de las aproximaciones al gobierno clínico. Fuente: Scally y Donaldson (1998).

Los elementos incluidos en el diagrama muestran que el propósito fundamental del gobierno clínico es la búsqueda sistemática de prácticas excelentes. Merece una mención especial el desafío que representa en nuestra cultura organizacional, lograr un cambio en el abordaje del error. Debe reconocerse que los errores existen en la práctica clínica y nuestro entorno costarricense no es una excepción; sin embargo, hasta la fecha hemos construido un abordaje punitivo del error en la gestión y en la práctica clínica. Esta visión del error ha saturado el sistema con conflictos, investigaciones preliminares, procedimientos administrativos disciplinarios, acciones judiciales etc. Todas estas actividades representan una inversión importante de tiempo y energía, y tienen poco o ningún impacto en la mejora de la calidad de la atención. El sistema de salud solo puede mejorar a través del análisis de sus errores y la difusión de las buenas prácticas.

El desarrollo de esta cultura de mejora continua de la calidad debe implicar, necesariamente, a toda la institución; para ello se debe consolidar acciones concretas en cada establecimiento de salud y en cada servicio. Debe reconocerse que la Caja Costarricense de Seguro Social ha sido pionera en la región centroamericana en la publicación de una Política Institucional de Calidad (Urroz y otros, 2007); sin embargo, este esfuerzo debe ser sucedido por acciones persistentes y sostenidas en cada uno de los establecimientos de salud.

Desafío 4: Trabajo en equipo en búsqueda de la calidad

Otro reto gira alrededor de lograr que directivos, gerentes, planificadores y clínicos logren trabajar como aliados para un mismo propósito: mejorar la calidad de la atención que reciben los usuarios. Lo anterior requiere de la comprensión de que sus funciones no pueden estar separadas por barreras rígidas, intereses contrapuestos o lenguajes infranqueables.

Las personas que brindan servicios en nuestro sistema de salud, deben interiorizar el hecho de que el traslape entre los distintos campos del conocimiento y entre las diversas habilidades ofrece oportunidades de avance, terrenos de mejora. Este desafío requiere de ingredientes fundamentales como compañerismo, transparencia, gobernabilidad, reingeniería de los procesos, respeto por los derechos de los pacientes, autoevaluación y acciones de mejora continua. Todos estos elementos tienen como propósito la obtención de un resultado final que es la provisión de servicios de salud, no solo buenos en sí mismos, sino que sean valorados por los ciudadanos como de alta calidad.

En síntesis, la provisión de buenos servicios de salud a la población requiere de trabajo en equipo dentro de la organización y de la búsqueda de un equilibrio racional en la distribución de los recursos entre la medicina curativa y la prevención, promoción y atención primaria. Es incuestionable la necesidad de invertir en áreas que han sido tradicionalmente marginadas, como lo son la atención primaria y la promoción de la salud, pero debe hacerse sin descapitalizar a los hospitales, pues esto incide negativamente en la calidad de los servicios y produce desmotivación y pérdida progresiva de los profesionales de salud en el nivel hospitalario.

Desafío 5: El papel estratégico de la comunicación para la gestión clínica

La práctica de las disciplinas de ciencias de la salud y el funcionamiento de las clínicas, hospitales, centros especializados y equipos básicos de atención primaria, se basa en personas que se relacionan entre sí y que efectúan sus funciones a través de la comunicación. En un centro de salud, la práctica cotidiana consiste en obtener la información correcta, mantener informados a los superiores y a los colaboradores, responder a quejas y críticas que desfilan en nuestras oficinas, educar, comprobar que las explicaciones que damos han sido entendidas y establecer relaciones de confianza: por mencionar solo algunas de las múltiples actividades cuya base fundamental es la comunicación. Sin embargo, ni las técnicas de comunicación entre pares ni con los usuarios son enseñadas sistemáticamente en las carreras de ciencias de la salud, de las universidades costarricenses.

En la CCSS, todo cargo de jefatura implica actividades de dirección y control de la conducta de otros. Es por ello que su eficacia se fundamenta en una adecuada gestión de recursos informativos, persuasivos y de autoridad y control; todos ellos basados en la comunicación. Un buen jefe, en cualquier ámbito, debe ser un buen comunicador. En nuestra realidad, raramente un jefe puede escoger a sus colaboradores, por tanto, se trabaja con grupos heterogéneos que algunas veces pueden incluir personas inidóneas, por lo que los mayores niveles de eficiencia y de trabajo se obtienen con jefes hábiles en comunicación y trato interpersonal.

En un sentido contrario, aquellas jefaturas sin capacidad de persuasión, con escasas destrezas en comunicación verbal y escrita y pocas habilidades de liderazgo, generan ambientes de conflicto y fragmentación. El grueso de los conflictos y de los problemas que afectan la eficacia y eficiencia de los servicios asistenciales que provee la CCSS, se atribuyen, sin duda, a problemas de comunicación; ya sea entre pares, entre diferentes disciplinas, con los usuarios, con las familias, con los medios de comunicación o con otras instituciones del Estado.

En adición a lo anterior, algunos de los actores vinculados con la gestión clínica en la CCSS, viven en una era de sobrecarga de información, por lo que se requiere de una actividad continua de filtrado y selección.

Por otro lado, el creciente protagonismo de los usuarios en la provisión de los servicios de salud, exige que la comunicación sea cada día más personalizada, detallada y horizontal. Esto no solo ha cambiado los roles tradicionales del médico y del paciente, sino que obliga a que el médico deba ser un comunicador muy competente. La incorporación de nuevas tecnologías y de nuevas disciplinas (abogados, ingenieros industriales, economistas, especialistas en gestión, entre otros) al ambiente hospitalario exige, además, el conocimiento y comprensión de lenguajes e interlocutores nuevos.

En síntesis, la institución enfrenta un enorme desafío para mejorar la comunicación en todos sus ámbitos, reto cuya resolución implica una tarea titánica. Es contundente el hecho de que la calidad comunicativa es un instrumento de mejora en la eficiencia hospitalaria y de la gestión en general. Se hace necesario un aprendizaje en este campo más planificado, riguroso y extensivo a todos los profesionales relacionados, de una u otra forma, con la provisión de servicios de salud.

Resumen

Una adecuada gestión clínica en una institución con la solidez, trayectoria y amplitud de oferta de la CCSS, persigue brindar a los usuarios servicios efectivos, eficientes, de calidad y que produzcan satisfacción. Los retos previamente esbozados que se desarrollan en este artículo, requieren de cambios no solo organizativos y en la práctica médica, sino también de orden tecnológico.

En el ámbito de los cambios organizativos, se requiere un cambio en la cultura organizacional de los servicios asistenciales. Adquiere especial importancia la necesidad de orientar la organización hacia una cultura sin culpas, basada en el análisis objetivo de los errores, que permita obtener aprendizaje de los mismos y que promueva el liderazgo positivo, la participación y el trabajo en equipo. En este mismo ámbito es importante mejorar la gestión del conocimiento, y no solo de aquel que reside en el capital humano sino también del que se genera en la información que se produce y circula en la organización y del que surge de las percepciones, expectativas y satisfacción de los usuarios. La gestión por procesos, la descentralización y la aplicación sostenida y creciente de herramientas para la mejora continua de la calidad, son elementos básicos para los cambios organizativos requeridos. Aun cuando la CCSS ha incursionado en modelos parciales de desconcentración, debe impulsarse un verdadero otorgamiento de autonomía y responsabilidad en la gestión a los profesionales en los diversos centros.

En el ámbito de los cambios en la práctica médica, es imprescindible garantizar el acceso a los profesionales a la mejor evidencia disponible que permita el desarrollo y aplicación concreta de la medicina basada en evidencia, en el marco de los servicios médicos de la seguridad social. La implementación de auditorías clínicas es esencial para que los profesionales evalúen, den seguimiento y mejoren sus propias prácticas clínicas. El establecimiento, divulgación y revisión periódica de guías clínicas basadas en la evidencia científica, es fundamental para normalizar la atención en los centros de diversos niveles de complejidad. La formación continua de los profesionales en ciencias de la salud es esencial para garantizar un progreso adecuado, según el ritmo de avance del conocimiento.

Por último, en el ámbito del cambio tecnológico, debe reconocerse que las innovaciones tecnológicas del presente y el futuro deben orientarse para mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios; y, en ese sentido, para que se constituyan en un elemento fundamental para la gestión de la información y del conocimiento. La innovación tecnológica institucional debe impactar también en la educación y en la investigación, pilares fundamentales de una gestión clínica integral. El uso correcto, estructurado y planificado de las tecnologías de información, incide de manera positiva en la gestión clínica y en el producto final más importante: el servicio a los pacientes.

Referencias bibliográficas

Almenara Barrios, J. 2002. Creación de índices de gestión hospitalaria mediante análisis de componentes principales. En: *Salud Pública de México*. 44(6):533-540.

Fetter, RB y otros. 1980. Case Mix Definition by Diagnosis-Related Groups. En: *Medical Care*. 18(2): 1-53

Ruiz Iglesias, L. 2004. *Claves para la gestión clínica*. Madrid: McGraw-Hill. Interamericana de España.

Scally, G y Donaldson, LJ. 1998. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. En: *BMJ*. 317: 61-65

UrrozTorres, O y otros. 2007. Política Institucional de Calidad y Seguridad del Paciente. Caja Costarricense del Seguro Social y Organización Panamericana de la Salud.

La concertación y el diálogo originaron la Caja Costarricense de Seguro Social.

Al siguiente año de pronunciar las siguientes palabras, Manuel Mora Valverde se alió con el gobierno del doctor Calderón Guardia y con la Iglesia católica, liderada por monseñor Víctor Manuel Sanabria, para impulsar profundas reformas sociales en Costa Rica; entre ellas, la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social (1941).

“Tenemos que darnos cuenta, compañeros, de que no solo nosotros somos honrados y de que no solo nosotros queremos el bien de Costa Rica, de que hay muchos otros, que sin compartir totalmente nuestros puntos de vista, sí coinciden con nosotros en muchas de nuestras aspiraciones fundamentales; y que no debemos vacilar, cuando así lo exijan los intereses del país, en unir esas fuerzas a las nuestras, con honradez y con acierto”.

Manuel Mora Valverde, líder y pensador político, luchador social

Tomado de “Manuel Mora y el socialismo a la tica”, de Arnoldo Mora Rodríguez

CAPÍTULO III

Sostenibilidad financiera del seguro de salud

Sostenibilidad financiera del seguro de salud frente a las nuevas modalidades de empleo

Pablo Sauma Fiatt

La conmemoración del 75 aniversario de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) llama a la reflexión. Hay muchos temas prioritarios en este contexto. Uno de ellos es el de la sostenibilidad financiera frente a las nuevas modalidades de empleo. Sin embargo, como se demuestra más adelante, el principal determinante de la sostenibilidad financiera de la institución, específicamente en el seguro de salud, es la solución de los problemas que se arrastran desde hace mucho tiempo.

En este artículo se entiende por “sostenibilidad financiera”, la capacidad de la CCSS para hacer frente a (cubrir) los gastos futuros relacionados con la prestación de servicios de salud a la población, dentro de límites razonables de déficit, endeudamiento y, especialmente, de requerimiento de recursos fiscales adicionales.

Desde esa perspectiva, el logro de la sostenibilidad financiera implica tener muy clara y concretamente definidos, con una perspectiva de mediano y largo plazo, todos los aspectos que conforman tres grandes dimensiones: i) cuáles son los servicios de salud y de qué calidad, que se prestarán a la población; ii) cuál es el costo de la prestación de esos servicios (recursos humanos, materiales y suministros, etc.), así como los gastos administrativos y las inversiones necesarias para su adecuada prestación; y iii) a cuánto ascienden y cómo se generarán los ingresos requeridos para financiar esos gastos, o lo que es lo mismo, prestar esos servicios de salud.

Esas tres dimensiones están interrelacionadas, de forma que variaciones en una de ellas afectan a las otras dos y, por ende, a la sostenibilidad financiera. Además, el análisis de la sostenibilidad financiera tiene sentido para el mediano y largo plazo, pero no en forma inmediata. Lamentablemente, en la CCSS muchas decisiones que implican compromisos de gastos crecientes a mediano plazo, se han tomado considerando únicamente la situación presupuestaria del año específico en el que se toma la decisión; consecuencia de ello es que se ha comprometido seriamente la sostenibilidad financiera futura.

En lo personal, dudo de que al momento de elaborar este artículo, los administradores del seguro de salud tengan claridad sobre el comportamiento de cada una de esas tres dimensiones a un plazo de 5 años; mucho menos a un plazo mayor, como los próximos 25 años, cuando se celebre el centenario de la institución. Para lograr la sostenibilidad financiera a ese plazo, es obligatorio actuar desde ya en las tres dimensiones. Por razones de espacio, no me es posible hacer referencia aquí a las tres, por lo que me focalizo en la tercera dimensión; es decir, en el tema de los ingresos.

Cobertura universal del seguro de salud

El seguro social de salud (enfermedad y maternidad) a cargo de la CCSS es, en principio, obligatorio; pretende ser universal en su afiliación y cobertura de servicios, así como solidario, tanto en su

financiamiento (todos pagan de acuerdo con sus salarios o ingresos) como en las prestaciones que brinda (todos reciben los servicios, según sus necesidades).

El proceso de universalización de la afiliación ha sido lento. Aunque desde su creación el seguro fue dirigido a (todos) los trabajadores “manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario”¹, en un inicio fue obligatoria solamente para trabajadores de la capital y principales cabeceras de provincia, con salarios inferiores a cierto límite (obreros). El seguro beneficiaba únicamente a los asegurados directos y no al núcleo familiar. Si bien en el artículo 3 de la ley de 1943 se indicaba que la Junta Directiva debería fijar la fecha de entrada en vigencia del seguro de los trabajadores independientes y las condiciones de este seguro, no se dieron mayores avances.

En 1961, mediante la ley n.º 2738 se agregó un párrafo transitorio al artículo 177 de la Constitución Política, en el que se señala que “la Caja Costarricense de Seguro Social deberá realizar la universalización de los diversos seguros puestos a su cargo, incluyendo la protección familiar en el régimen de enfermedad y maternidad, en un plazo no mayor de diez años, contados a partir de la promulgación de esta reforma constitucional”. Es decir, se puso plazo a la universalización y se ordenó la cobertura familiar.

En 1973 se emitió la Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (ley n.º 5349), que traspasó a la CCSS los hospitales y otros establecimientos y recursos de salud, hasta el momento administrados por otras instituciones. En lo que se refiere a la cobertura, se dio un gran avance en 1975, con la creación del seguro voluntario y la promulgación del Reglamento para la extensión de los Seguros Sociales a los Trabajadores Independientes. Si bien inicialmente la afiliación fue obligatoria, por limitaciones de carácter jurídico pasó a ser voluntaria a partir de 1978. Vale destacar que en la Ley de Protección al Trabajador (ley n.º 7983 del año 2000) se reitera la importancia de que los trabajadores independientes se afilien a la CCSS (transitorio XII), pero no establece la obligatoriedad.

En 1984 se dieron dos avances significativos para la cobertura del seguro. El primero fue la protección mediante convenios de aseguramiento colectivo de trabajadores independientes agrupados en organizaciones gremiales o comunitarias. Inicialmente dirigido a las organizaciones de pequeños y medianos agricultores, pero que luego se extendió a diversos grupos de trabajadores independientes.

El segundo fue la creación del seguro por cuenta del Estado para proteger a la población indigente. Los asegurados por cuenta del Estado son personas que junto con sus familias adquieren la condición de asegurados por carecer de ingresos suficientes y que por su condición de pobreza se encuentran en imposibilidad de cubrir las cotizaciones del seguro de salud. La Ley de Universalización del Seguro de Enfermedad y Maternidad (ley n.º 5349 de 1973) establece en su artículo 2 que “la Caja deberá prestar asistencia médico-hospitalaria a la población no asegurada incapaz de sufragar los gastos de sus servicios médicos y para atender tales obligaciones se dotará a la Caja de las rentas específicas necesarias”. A partir de 1987, con la emisión del Reglamento Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado (decreto ejecutivo n.º 17898-S de 1987) se formalizó el cumplimiento de lo dispuesto por la ley (normativa posterior ha sido emitida).

En el cuadro 1 se presenta la condición de aseguramiento de la población en el 2013 y en el 2015, según la Encuesta Nacional de Hogares (Enaho) que realiza el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).

1 La Ley de creación de la Caja Costarricense de Seguro Social es la n.º 17 de 1.º de noviembre de 1941, que fue derogada por la ley n.º 17 del 22 de octubre de 1943; el artículo 3 de esta última, dispone la cobertura obligatoria “para los trabajadores manuales e intelectuales que perciban sueldo o salario”. Posteriormente, en el artículo 73 de la Constitución Política, se indica que los seguros sociales se establecen en beneficio de los trabajadores “manuales e intelectuales”.

Según esa estimación, en el año 2015 un 84,1 % de la población estaba asegurada, un 32 % como asegurados directos activos en el mercado de trabajo, un 8,6 % como asegurados directos pensionados, un 36,8 % como asegurados familiares de los dos anteriores y un 6,7 % como asegurados por cuenta del Estado. El restante 15,9 % de la población no se encontraba asegurada por la CCSS, según esa encuesta.

Cuadro 1
Condición de aseguramiento (seguro social de salud) de la población total
(julio) 2013 y 2015

	2013		2015	
	población	%	población	%
Población total	4 717 681	100,0	4 833 752	100,0
Asegurados directos activos	1 529 502	32,4	1 545 821	32,0
Asalariados	1 137 875	24,1	1 146 280	23,7
Independientes, voluntarios, convenios especiales*	391 627	8,3	399 541	8,3
Pensionados**	385 296	8,2	414 852	8,6
Asegurados indirectos	1 857 815	39,4	1 780 604	36,8
Familiares de asegurados activos	1 753 754	37,2	1 663 750	34,4
Familiares de pensionados**	104 061	2,2	116 854	2,4
Cuenta del Estado y sus familiares	231 212	4,9	321 888	6,7
No asegurados***	713 856	15,1	770 587	15,9

* Específicamente asegurados como trabajadores independientes, asegurados voluntarios y asegurados por convenios especiales.

** Pensionados y jubilados de regímenes de pensiones administrados por el sector público.

*** Incluye "otras formas de seguro", "seguro privado o del extranjero" e "ignorado" y "no asegurado".

Fuente: INEC: Enaho 2013 y 2015.

En ese mismo cuadro se incluye la estructura de aseguramiento para el 2013, obtenida de la misma fuente, con dos finalidades. En primer lugar, para mostrar el fuerte incremento en el número de asegurados por cuenta del Estado entre el 2013 y el 2015. En términos absolutos estos asegurados pasaron de 231 212 según la Enaho 2013, a 321 888, según la Enaho 2015, para un incremento de 90 676 asegurados; es decir, de un 39,2 %.

En segundo lugar, para comparar esas estimaciones con las oficiales de la CCSS, pues las últimas disponibles al momento de elaborar este artículo son las contenidas en la publicación "Indicadores de la seguridad social, 2008-2013" de la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS.

Según esa publicación, en el año 2013 solamente el 5,6 % de la población no estaba asegurada (respecto al 15,1 % de la estimación propia, según la Enaho), un 33,9 % eran asegurados directos activos (respecto a 32,4 %, que no es una diferencia significativa), un 7,6 % pensionados (respecto a 8,2 %, que tampoco es una diferencia significativa), un 44,9 % de asegurados familiares (donde sí hay una diferencia importante respecto al 39,4 % de la Enaho); y, finalmente, un 8,8 % de asegurados por cuenta del Estado y sus familiares (respecto a un 4,9 % de la encuesta de hogares, diferencia también importante).

De la comparación entre ambas estimaciones queda claro que la mayor cobertura del aseguramiento, según las estimaciones oficiales, se origina en la de los asegurados familiares (5,5 puntos porcentuales) y de los asegurados por cuenta del Estado (3,9 puntos porcentuales).

Más allá de la magnitud de las diferencias entre ambas estimaciones, se puede concluir que, aunque la afiliación al seguro de salud es muy alta (94,4 % de la población total según la estimación oficial y 84,9 % según la estimación a partir de la Enaho, en ambos casos para el 2013), aún falta por avanzar para lograr la universalización.

Lo pendiente en aseguramiento por cuenta del Estado

La Dirección Actuarial y Económica de la CCSS no publica el número de personas aseguradas por cuenta del Estado. En el documento “Indicadores de la seguridad social, 2008-2013” señalan que en el 2013 un 8,84 % de la población total del país se ubicaba en esta categoría, lo que significa 417 043 personas de la población total de 4 717 681 personas, según la Enaho de ese año (cuadro 1). Esa cifra es bastante mayor que los 231 212 que reporta la encuesta.

El asunto aquí es que la institución no ha avanzado en la construcción de la base de datos de beneficiarios de este tipo de aseguramiento, ni tampoco en todo lo dispuesto en el Reglamento del Régimen CCSS Asegurados por Cuenta del Estado” (decreto ejecutivo n.º 17898-S de 1987).

Este tema fue explícitamente considerado en el informe del equipo de especialistas nacionales nombrado en el año 2011, para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS², designado. Ese mismo año fueron presentadas las recomendaciones y sobre ese particular se indicó lo siguiente:

R.13a. (Martínez y Sauma) A más tardar en seis meses se debe realizar una evaluación externa de la base de datos de asegurados por cuenta del Estado y de los procedimientos seguidos por la Dirección de Coberturas Especiales y las Unidades de Validación de Derechos para identificar de forma confiable a esos asegurados, en aras de garantizar la eficiencia y efectividad del sistema de validación de derechos. A más tardar a finales del 2012 la base de datos y el sistema deben estar operando de forma óptima.

R.13b. (Carrillo y Naranjo) El IMAS debe ser la institución responsable de crear la base de datos de la población indigente que será asegurada por cuenta del Estado.

Sin embargo, en mayo de 2015, casi cuatro años después de presentado ese informe, la institución hizo un seguimiento a las 91 recomendaciones (“Atención del informe del equipo de especialistas nacionales. Informe ejecutivo de seguimiento”). Según ese seguimiento, ambas son catalogadas como “recomendaciones en implementación”, con explicaciones muy vagas sobre lo realizado y lo pendiente de hacer.

Es lamentable que aunque la base de datos comenzó a ser definida desde el 2004, ante el poco avance en noviembre del 2010 se creó una nueva dirección institucional para que se encargara de este y otros asuntos: la Dirección de Coberturas Especiales. El costo de esta dirección es muy elevado, pues cuenta con un gran número de funcionarios, y lo peor es que aún no hay resultados concretos.

Pero además debe tomarse en cuenta que el decreto ejecutivo n.º 17898-S de 1987, señala que se debe “desarrollar a nivel nacional un sistema eficiente de calificación de los asegurados por cuenta del Estado” (artículo 5), y se deben “hacer revisiones y evaluaciones periódicas selectivas de los casos afiliados, para evitar que personas que no tengan la situación económica requerida, se incluyan debidamente en el régimen a que este reglamento se refiere” (artículo 7). Para este último caso conviene destacar que según la Enaho 2015, un 37,5 % de los asegurados por cuenta del Estado no se encuentran

2 El equipo estuvo conformado por Rafael Carrillo Lara, Juliana Martínez Franzoni, Fernando Naranjo Villalobos y el autor de este artículo.

en situación de pobreza por ingresos, según las líneas de pobreza definidas y estimadas por el INEC.

Queda claro entonces que aún falta mucho por hacer en lo que al aseguramiento por cuenta del Estado se refiere. Desde la perspectiva financiera, se debe dar garantía al Gobierno de que los cobros que se realizan por la cobertura de esta población son los correctos y, por lo tanto, que los ingresos que reciba el seguro de salud por este concepto sean sanos, de cara a la sostenibilidad financiera.

Lo pendiente en trabajadores asalariados e independientes

Las estadísticas publicadas por la Dirección Actuarial y Económica de la CCSS sobre “Patronos, trabajadores y salarios”, a junio de 2015, muestran un número de trabajadores asegurados superior al estimado mediante la Enaho 2015 (5,5 % en trabajadores asalariados y 11 % en trabajadores independientes, voluntarios y convenios especiales).

Los registros administrativos constituyen, en ese caso, la estimación más adecuada; pero lo importante es que al no ser la diferencia entre ambas estimaciones excesivamente grande, es posible extraer algunas conclusiones a partir del estudio de las características de los asegurados directos, según la encuesta de hogares.

Según la Enaho 2015, un 26,7 % de los trabajadores asegurados directos como independientes, voluntarios o por convenios especiales, trabajan como asalariados, cifra que es muy elevada. Cuando se consideran solamente los trabajadores independientes, la cifra es prácticamente idéntica, 27 %. Este resultado pone en evidencia que hay trabajadores asalariados -y presumiblemente patronos- que se benefician del subsidio estatal a las contribuciones de este tipo de aseguramiento, aunque no les corresponde.

Igualmente, según esa encuesta, un 44,7 % de la población no asegurada, ni directa ni indirectamente (15,9 % de la población total según se muestra en el cuadro 1), se encuentra laboralmente ocupada e, incluso, un 28,7 % realizan trabajos asalariados. Se pone en evidencia que no se está alcanzando la universalidad en el financiamiento.

Sobre las nuevas modalidades de empleo

Como se indicó al inicio de este artículo, una de las grandes preocupaciones de los administradores del seguro de salud es lo referente a la forma como las nuevas modalidades de empleo impactarán la sostenibilidad financiera. Sin embargo, como se ha demostrado, aún hay mucho pendiente por hacer en las formas de aseguramiento actual, por lo que atender las deficiencias y faltantes actuales, debe ser la prioridad institucional.

Ahora bien, ¿hacia donde va el empleo en Costa Rica? Lo que demuestra el Censo Nacional de Población 2011 realizado por el INEC, es que en ese año el 66,1 % de los ocupados lo estaban en el sector servicios. Por su parte, la nueva estimación del Producto Interno Bruto (PIB) con año base 2012, del BCCR, muestra que en el 2015 el 73,4 % del valor agregado nacional correspondió a ese mismo sector. Es decir, el país ya tiene una economía sustentada mayoritariamente en los servicios y sigue avanzando en el mismo sentido, sin que se vislumbre un cambio.

Los principales cambios que sobre el empleo puede generar esta tercerización de la economía, se relacionan principalmente con la deslocalización espacial de algunos servicios, aprovechando las tecnologías de la información y la comunicación. Personas físicas y jurídicas pueden prestar servicios, profesionales y no profesionales, e incluso vender mercancías, sin que su ubicación física sea relevante;

y pueden estar localizados tanto dentro como fuera del país. Puede que haya trabajadores asalariados, pero también trabajadores por cuenta propia y patronos.

Sin embargo, el crecimiento en este tipo de servicios es muy gradual y de alguna manera tiene un límite, por lo que todavía hay tiempo de definir la estrategia a seguir. La prioridad inmediata consiste, como se ha visto, en garantizar que todos los trabajadores “tradicionales”, sean estos asalariados, por cuenta propia o patronos, contribuyen a la seguridad social como corresponde.

Medicamentos innovadores y accesibilidad

Albin Chaves Matamoros

El derecho al cuidado de la salud en nuestro país, se establece a partir de lo dispuesto en el artículo 21 de la Constitución Política, en donde se indica que la “vida humana es inviolable”.

Además, es importante señalar que cuando se creó la Caja Costarricense de Seguro Social, el espíritu del legislador dejó claramente establecido que los principios filosóficos que la deben regir son: universalidad, solidaridad, unidad, igualdad, obligatoriedad, equidad y subsidiariedad.

Otro elemento a considerar es que una política de medicamentos responde a la política de salud (Rodríguez, 2005 y OMS, 2008), por lo que se establece en Costa Rica, en el año 1982, la Política de Medicamentos Esenciales (OMS, 2004; OMS, 2010a y OMS, 2015), que consiste en disponer de los fármacos necesarios para resolver las principales causas de enfermedad y mortalidad que afectan a nuestra población.

La Política de Medicamentos Esenciales (Chaves, 2012 y OMS, 2015) cubre las necesidades del 97-98 % de la población en cuanto a medicamentos, según la epidemiología del país. Dentro de esta política, un elemento fundamental es la selección de medicamentos que tiene dos variantes: el formulario terapéutico cerrado o un sistema de formulario terapéutico abierto. En la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) se estableció un sistema de formulario terapéutico abierto (decreto ejecutivo n.º 19343-S, Reglamento del Formulario Terapéutico Nacional) que consiste en evaluar y seleccionar periódicamente los medicamentos para el formulario. Además, se permite la autorización de medicamentos fuera del formulario, en una forma limitada, usualmente para la resolución de casos excepcionales.

Con este proceder a nivel institucional, se dispone de los medicamentos necesarios para resolver el 100 % de los problemas de morbilidad y mortalidad, que afectan a nuestra población. Los criterios que se utilizan para la selección de medicamentos son la epidemiología, la farmacología clínica y la sustentabilidad del sistema.

Esta política de medicamentos ha permitido obtener resultados muy satisfactorios en el ámbito médico, social y económico. Las consecuencias médicas se evidencian en los resultados obtenidos en el año 2015, en variables duras, como lo son la mortalidad general (43.1 por 10 000 habitantes) a pesar del predominio de las enfermedades crónico-degenerativas, la mortalidad infantil (7.8 por cada 1000 nacidos vivos) y una esperanza de vida de 79.3 años. En el ámbito social, brindar 12.39 medicamentos por egreso hospitalario, 5.13 medicamentos por consulta ambulatoria y 2.13 medicamentos en cada consulta de urgencias, evidencia el acceso a los medicamentos en nuestra institución.

En la CCSS se realizan estudios de consumo de medicamentos utilizando la metodología de dosis diaria definida (DDD), que indica que en año 2015 se logró brindar tratamiento a más de un millón de pacientes hipertensos con un costo per cápita anual de \$4.08. La inversión total en este grupo terapéutico representó el 1.93 % del presupuesto de medicamentos, con una excelente relación costo beneficio. Lo mismo se evidencia en el tratamiento farmacológico de la diabetes *mellitus*, en donde se ha cubierto las necesidades de medicamentos a más de 258 000 pacientes, destinando el 3.30 % del presupuesto a medicamentos con una asignación per cápita del \$26.36. Estos hitos en el acceso a los medicamentos, se han alcanzado con el 7.6 % del gasto en salud como inversión en medicamentos (OMS, 2010b).

El éxito de la política de medicamentos esenciales, en mejorar el acceso a los medicamentos a nivel mundial, ha hecho que la misma se incluyera en los objetivos de desarrollo del milenio.

La política de medicamentos esenciales conlleva a que en forma permanente se realicen análisis de los nuevos medicamentos introducidos al mercado, lo que tiene como finalidad obtener medicamentos más eficaces y seguros para la resolución de los problemas patológicos que afectan a la humanidad.

Este principio de investigar para obtener medicamentos que aporten beneficios para la resolución de problemas patológicos, que ponen en práctica las compañías farmacéuticas, conlleva el ingreso al mercado de múltiples nuevos medicamentos que se comercializan enfatizando ventajas terapéuticas. La comercialización es tan fuerte que genera confusión al plantearse que lo último que ingresa al mercado es superior y que el nuevo medicamento que ingresa al mercado es un medicamento innovador. El desafío para los sistemas de salud es determinar si ese medicamento, considerado como innovador, corresponde realmente a una innovación terapéutica real.

Un estudio realizado por la Food Drugs Administration (FDA) de los Estados Unidos, en el periodo 1998-2002, indicaba que de los 415 medicamentos que habían sido autorizados en ese quinquenio, para su comercialización en los Estados Unidos, solo 58 (14 %) correspondían a innovaciones terapéuticas reales.

Un estudio más reciente publicado por la revista *Prescrire*, evaluó los medicamentos que ingresaron al mercado para su comercialización en el periodo comprendido entre 2001 y 2010, y demostró que avances terapéuticos reales constituían el 2 %, nada nuevo el 51 %, una posible ayuda el 21 %, que ofrecen alguna ventaja el 7 %, tuvo un juicio reservado sobre el 5 % y no eran aceptables el 14 %.

Es decir, cada año, una compañía farmacéutica produce un medicamento importante con alto valor intrínseco, de 7 a 13 similares a otros en el mercado y de 85-90 sin un beneficio probado. La mayoría de la inversión en desarrollo de medicamentos va a productos que no presentan una verdadera innovación terapéutica.

El establecimiento en la seguridad social de un Sistema de Formulario Terapéutico Abierto (decreto ejecutivo n.º 19343-S) ha permitido brindar tratamiento a pacientes, que se consideran casos excepcionales, ya sea porque no responden a los medicamentos disponibles en la institución, presentan reacciones adversas a los mismos o son afectados por patologías con prevalencia muy bajas.

Del año 2012 al 2015 se observa un incremento en este tipo de solicitudes, pasando de 1245 en el 2012 a 2378 en el 2015, con un incremento del 91 %. De estas solicitudes, el 35 % correspondía a medicamentos oncológicos y el 14 % a terapia biológica no oncológica. Fueron autorizadas por el Comité Central de Farmacoterapia, en el año 2015, el 56 % del total de solicitudes estudiadas, el 60 % de las solicitudes de medicamentos oncológicos fueron avaladas y el 68 % de las solicitudes de terapia biológica no oncológica.

Debemos enfatizar que para que un Sistema de Formulario Terapéutico Abierto funcione, es necesario tener establecida una estructura de alto nivel científico y técnico. En la CCSS, el Comité Central de Farmacoterapia cumple este papel (Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia).

Este Comité es el designado para seleccionar y velar por la eficacia, seguridad, calidad y uso eficiente de los medicamentos, de acuerdo con la política de medicamentos. La selección de medicamentos la realiza con base en la epidemiología, criterios clínicos farmacológicos apoyados en la medicina basada en evidencia y la sustentabilidad del sistema.

Con estos criterios, el Comité Central de Farmacoterapia selecciona los medicamentos para la Lista Oficial de Medicamentos, enfatizando la selección de medicamentos que sean innovaciones terapéuticas reales.

Del año 1995 al año 2015 se han incluido en la Lista Oficial de Medicamentos, 112 principios activos, con un promedio de inclusión de 5.6 medicamentos por año. Este promedio es semejante al indicado en fuentes objetivas, a nivel internacional, de innovaciones terapéuticas reales.

En el año 2015, la institución invirtió alrededor del 7.5 % del gasto del seguro de salud, en medicamentos. Si relacionamos esta inversión con los beneficios alcanzados, Costa Rica es uno de los primeros países a nivel mundial, en garantizar el acceso a los medicamentos y a la sustentabilidad del sistema.

La mayoría de solicitudes de medicamentos que se analizan en la institución, son del grupo terapéutico de medicamentos oncológicos. Esto es debido a que a diferencia de la mayoría de las otras enfermedades, el cáncer infunde un temor especial.

Otro hecho relevante respecto del cáncer, es que las compañías farmacéuticas han fomentado la investigación en esta patología y han tenido la capacidad para cobrar precios muy elevados, incluso cuando los fármacos aprobados para esta condición proporcionan poca ganancia para los pacientes. La comercialización realizada conduce a los pacientes desesperados, a presionar para que la seguridad social pague lo que las empresas cobran por estos medicamentos.

Una revisión de fármacos para el tratamiento de tumores sólidos, aprobados por la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) en los primeros 10 años de su comercialización, encontró que las drogas nuevas en oncología, en general, mejoraban la supervivencia por una media de entre 1.2 y 1.5 meses.

En 2013, más de 100 oncólogos protestaron contra los altos precios de los medicamentos contra el cáncer, cuando 11 de 12 medicamentos aprobados en 2012, proporcionaban solo pequeños beneficios a los pacientes.

Los 71 fármacos para tumores sólidos, aprobados por la FDA desde el 2002 hasta el 2014, han resultado en ganancias promedio de supervivencia libre de progresión global, de solo 2.1 a 2.5 meses.

De lo planteado queda claramente establecida la necesidad de disponer de criterios que permitan seleccionar los medicamentos que realmente constituyen innovaciones terapéuticas reales.

En la seguridad social se han determinado medicamentos que cumplen con este beneficio terapéutico y se han incluido en el arsenal terapéutico que se pone a disposición del equipo de salud, para el tratamiento de los pacientes tributarios de su beneficio.

Dentro de estos medicamentos se dispone de trastuzumab para el tratamiento del cáncer de mama, con un costo/tratamiento anual de \$26 734.74 por paciente. El imatinib, para el tratamiento de la

leucemia mielocítica crónica, con un costo/tratamiento anual de \$18 980.00 por paciente. El factor VII recombinante humano, para el tratamiento de los pacientes hemofílicos con inhibidores de alta respuesta, con un costo promedio anual de \$200 899 por paciente.

Una de las premisas fundamentales de la investigación, es disponer de nuevos medicamentos que representen beneficios para los pacientes; es decir, la investigación tiene un propósito social. Sin embargo, con los precios que entran al mercado los medicamentos (OPS, 2009), este principio no se cumple, ya que es prácticamente imposible financiarlos por los sistemas de salud públicos y mucho menos como un gasto de bolsillo. El esfuerzo que realiza la institución al proceder a la incorporación de innovaciones terapéuticas reales, representó el 27 % del presupuesto de medicamentos y del cual se benefician menos de 10 000 pacientes.

Este milagro que hemos alcanzado con el 7.6 % del gasto en salud, se ha logrado valorando los medicamentos de alto impacto financiero, desde las siguientes perspectivas:

- a) Medicamentos de muy alto costo de adquisición, cuyo uso es limitado pero tiene un impacto significativo.
- b) Eficiencia del medicamento: ¿existen sustitutos en el mercado?, ¿se puede reemplazar por una mejor alternativa?, ¿es eficaz y eficiente en el tratamiento?
- c) Impacto inmediato: costo mensual del medicamento, costo como porcentaje de la contribución media de un asegurado, porcentaje en comparación con la asignación promedio per cápita para medicamentos del seguro social, costo del tratamiento en relación con el ingreso per cápita.
- d) Sustentabilidad del sistema: perspectivas a largo plazo del incremento en el número de pacientes, perspectivas en el costo del medicamento (propiedad intelectual), efectos en el presupuesto.

Todos estos elementos de análisis se realizan a nivel institucional, con base en la medicina basada en evidencia. El análisis económico determina si se puede costear de una manera solidaria, sin afectar el derecho a la salud de los demás.

Este esfuerzo que se realiza en la institución demuestra el grado de solidaridad que tenemos, ya que ha permitido brindar tratamientos de alto impacto financiero, para atender patologías de baja prevalencia.

El contexto planteado de poder dar medicamentos de alto impacto financiero, ha sido posible con el margen de solidaridad que permite el sistema, ya que la asignación per cápita anual de cada costarricense, en el 2015, fue de \$48.80. Pero no todos los costarricenses lo utilizan en la resolución del 98 % de las patologías prevalentes, lo que ha generado el fondo de solidaridad, para el 2 % de los casos excepcionales que requieren medicamentos específicos.

Con el ingreso de innovaciones terapéuticas reales de alto impacto financiero, este margen de solidaridad se disminuye, lo que conlleva a un gran desafío a la seguridad social. El incremento en la asignación de recursos para patologías de baja prevalencia, puede potencialmente limitar el acceso a los medicamentos necesarios para resolver las principales causas de enfermedad y mortalidad que afectan a nuestra población.

Con este escenario, se evidencia que en el tema de medicamentos la seguridad social no puede darle todo a todos, no debe darle todo a algunos y si debe darle algo a todos.

Durante décadas, el sistema costarricense de protección social ha velado por el establecimiento de condiciones que aseguren asistencia médica y servicios médicos para todos, en caso de enfermedad. Esta atención se da en ámbitos sanitarios diversos, entre ellos, el aprovisionamiento farmacéutico.

Este panorama real ha permitido a la institución acceder a los avances del saber y al progreso de la medicina, que aportan nuevas esperanzas en forma de distintos tratamientos y terapias. También, comportan diferentes retos para garantizar el derecho de acceso a los medicamentos por parte de los ciudadanos que así lo precisen, salvaguardando el principio de igualdad y el derecho a una prestación sanitaria equitativa, que hasta el día de hoy se garantiza.

En forma paralela, no podemos desconocer la dimensión económica del medicamento, que explica que las decisiones relativas a la prestación y financiación farmacéutica, atraigan enormes presiones. Ante esta realidad, se ha generado un fenómeno común y ampliamente referenciado, que es el de la judicialización de la salud.

En efecto, legítimas discrepancias científico-terapéuticas y en el ámbito de la gestión farmacéutica, se están dirimiendo en el presente en el plano judicial (Revez et al, 2013). Esto conlleva riesgos como son la posible entrada de intereses espurios en el ámbito sanitario y la simplificación de la calidad del debate científico.

La jurisprudencia de la Sala Constitucional ha señalado que el criterio del médico tratante debe prevalecer en cuanto a la administración de medicamentos que no forman parte de la Lista Oficial de Medicamentos. Además, ha considerado violatorio de los derechos fundamentales a la salud y a la vida y al derecho a la seguridad social, la negativa de dar los medicamentos recomendados por el médico tratante.

En relación con esta línea jurisprudencial, se considera que la jurisdicción constitucional debe tomar decisiones razonables y no crear desigualdades sin existir una verdadera justificación técnica. En ocasiones, con la búsqueda de la absoluta igualdad, se puede propiciar la inequidad.

La Sala Constitucional debe sopesar sus decisiones, ya que pueden dificultar e impedir a otros ciudadanos el acceso a los servicios de salud.

Se considera que la instancia constitucional debe valorar o ponderar su jurisprudencia reiterada sobre la preeminencia del criterio del médico prescriptor, por cuanto hoy por hoy dicha tesis se ha vuelto un criterio automático sin valoración o reconsideración alguna.

Debemos ser conscientes de que la institución tiene por objeto la tutela de la vida y de la salud, la defensa de los derechos humanos, la preservación de la equidad social y la garantía de la sostenibilidad del sistema de protección social costarricense. Para ello es fundamental la definición de tratamientos farmacológicos derivados de reglas técnico-científicas debidamente acreditadas, que propicien el menor riesgo al paciente, la mayor recuperación de la salud o la estabilización terapéutica de su patología, todo esto bajo principios de sana administración de los recursos públicos.

Lo anterior conlleva garantizar el acceso a los medicamentos en forma equitativa y solidaria, indistintamente de desigualdades de cualquier naturaleza; se debe reducir cualquier diferencia producida por factores evitables o injustos. Para ello, se debe evitar que las prestaciones individuales no concordantes con criterios científicos, pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de los usuarios del sistema. En ese sentido, es necesario atenerse a criterios epidemiológicos, clínico-farmacológicos y de sostenibilidad del sistema, que garanticen la distribución equitativa de los recursos financieros.

En el año 2015, la institución tuvo un gasto de \$3 193 828.20 para cumplir con las resoluciones de la Sala Constitucional, lo cual representó el 1.4 % del presupuesto de medicamentos de la seguridad social. El costo per cápita de los recursos de amparo fue de \$29 334.00, lo que representa una relación de 3 del costo de adquisición del medicamento ordenado por la Sala Constitucional, frente al ingreso per cápita.

En el periodo de tiempo comprendido entre el año 2009 y mayo del 2016, la Sala Constitucional ordenó brindar tratamiento con Sorafenib a 17 pacientes con el diagnóstico de hepatocarcinoma. De los 17 pacientes han fallecido 15, con un promedio de sobrevida de 3.8 meses. Un paciente con 19 meses vivo sin tratamiento desde hace 6 meses y un paciente con 18 meses de tratamiento vivo. Para que este paciente alcanzara los 18 meses, la inversión realizada por la institución asciende a \$709 387.60. Con esta inversión ningún sistema de salud podría garantizar el acceso a los medicamentos.

Por lo que hemos descrito, el acceso a los medicamentos se enfrenta a crecientes dificultades y retos. Esta situación es especialmente grave en los casos de medicamentos de alto impacto financiero, debido principalmente, a la concesión que se le hace al innovador de derechos exclusivos temporales, amparados en un sistema de protección de datos que fue concebido como vehículo para el estímulo de la innovación (OPS, 2009).

Un aspecto crucial del acceso a los medicamentos es la asequibilidad económica; o sea, que su costo no represente una proporción excesiva de la renta, que impida su compra o que obligue al usuario a renunciar a otros bienes básicos para poder adquirir los medicamentos que necesita. En nuestro caso, en el que los medicamentos están cubiertos por la CCSS, el costo continúa siendo importante, pues puede afectar la sostenibilidad financiera del sistema.

La falta de transparencia de los mercados y las asimetrías en la información constituyen otro de los mayores retos a los que hay que enfrentarse, para lograr crear condiciones que faciliten la sistematización, incorporación y mejora en el acceso a nuevas tecnologías en la institución. Dicho acceso debe desarrollarse de forma planificada y coherente con las necesidades sanitarias reales y sobre la base de la evidencia.

Debido a los cambios que se están produciendo hoy en día, con la gran cantidad de medicamentos que ingresan al mercado, con precios extraordinariamente elevados; se hace necesario buscar mecanismos que permitan seguir garantizando el acceso a los medicamentos. En particular en el caso de la CCSS, que dispone de una política de medicamentos esenciales.

En ese sentido, se hace necesario tomar medidas para garantizar la continuidad en el acceso a los medicamentos y la sostenibilidad del sistema. Algunas de estas medidas podrían ser las siguientes:

- Movilizar el compromiso político y asegurar la articulación interministerial en el desarrollo e implementación de las políticas farmacéuticas, en los ámbitos científico, tecnológico, industrial y económico.
- Fortalecer las estrategias de prevención primaria y el tamizaje (detección temprana) de las principales enfermedades que aquejan a los habitantes del país.
- Garantizar la sostenibilidad del sistema mediante el financiamiento extraordinario para la adquisición de nuevas tecnologías y medicamentos de alto impacto financiero.
- Garantizar que en la política institucional prevalezca el bien común sobre los intereses individuales, y así se aplique cada vez que se tomen decisiones.
- Fomentar la investigación clínica dentro de la institución, de modo que se pueda desarrollar un polo de innovación tecnológico-terapéutica.

- Promover que las compañías farmacéuticas destinen un fondo común, manejado por la institución, para la capacitación científico-técnica.
- Valorar dentro del marco de los tratados de libre comercio, las siguientes estrategias que pueden fomentar la sana competencia entre los proveedores:
 - a. Registro sanitario ante autoridades regulatorias de referencia a nivel mundial, de países con los que se tenga acuerdos comerciales, de modo que se acorten los plazos de protección de los datos de prueba y las patentes.
 - b. Revisar los mecanismos legales para emitir licencias obligatorias y forzar a las compañías farmacéuticas a dar precios justos, en los casos en los que el país no cuente con la infraestructura necesaria para fabricar el producto, de modo que se pueda importar de un país que sí tenga la capacidad de hacerlo.
- Fortalecer la capacidad institucional para la evolución de nuevas tecnologías sanitarias.
- Plantear opciones de riesgo compartido entre la institución y las compañías farmacéuticas, para terapias innovadoras de alto impacto financiero.
- Proponer la creación en la CCSS de un fondo de solidaridad de la seguridad social.
- Establecer en la institución una instancia administrativa responsable de valorar el derecho a medicamentos de alto impacto financiero, de acuerdo con las cuotas aportadas.
- Establecer la negociación directa con los proveedores sobre los precios de los productos bajo exclusividad en el mercado, de acuerdo con las regulaciones para la adquisición de productos y garantizando la transparencia.
- Fortalecer en la institución la práctica de la negociación conjunta para la adquirir medicamentos y tecnologías de alto impacto financiero. Se puede utilizar como base las estrategias de países de la región, con entes reguladores fuertes y economías grandes, como Brasil, Argentina, México y Perú; y establecer alianzas con estos países para desarrollar mecanismos de negociación conjunta, para la evaluación y la adquisición de tecnologías sanitarias de alto impacto financiero.
- Valorar la posibilidad de implementar un programa “justo a tiempo”, para medicamentos e insumos requeridos por las diferentes unidades de la institución. De este modo se incluirá entre las obligaciones del proveedor, la entrega a cada unidad de los medicamentos que se requieran, en forma periódica, de acuerdo con el consumo. Además, se pagaría según el consumo efectivo, con lo que se minimizaría el riesgo de vencimiento y de daño de los medicamentos durante el periodo de almacenamiento; además, disminuirían los requerimientos de bodegas.
- Impulsar en la Asamblea Legislativa la creación de un órgano consultivo científico-técnico independiente, para la resolución de diagnóstico y tratamiento terapéutico.

Con la implementación de todas estas estrategias, se permitirá que la CCSS siga garantizando el acceso a los medicamentos a la población; también, la atención de enfermedades de baja prevalencia, que requieren medicamentos de un alto impacto financiero. Todo esto permitirá a la institución, cumplir adecuadamente con los principios filosóficos que la rigen.

Referencias

Caja Costarricense de Seguro Social. 2014. Lista Oficial de Medicamentos. Disponible en <http://www.ccss.sa.cr/lom> . Último acceso 04-01-16

Caja Costarricense de Seguro Social. 2009. Reglamento del Comité Central de Farmacoterapia. En: *La Gaceta*, 11 de febrero.

Chaves, Albin. 2012. Treinta años de medicamentos esenciales. En: *La Nación*, 1.º de octubre. Disponible en: http://www.nacion.com/archivo/Treinta-anos-medicamentos-esenciales_0_1296470476.html

Organización Mundial de la Salud. 2004. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Ginebra: OMS. Disponible en <http://archives.who.int/tbs/ndp/s4964s.pdf>

Organización Mundial de la Salud. 2008. Estrategia mundial y plan de acción sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual (resolución WHA61.21). Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/26290>

Organización Mundial de la Salud. 2010a. Medicamentos esenciales. Disponible en http://www.who.int/topics/essential_medicines/es/

Organización Mundial de la Salud. 2010b. *La financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2010/es/>

Organización Mundial de la Salud. 2015. Essential medicines and health products. Ginebra: OMS. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/>

Organización Panamericana de la Salud. 2009. El acceso a los medicamentos de alto costo en las Américas: contexto, desafíos y perspectivas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=3597&Itemid=

Revez, Ludovic et al. 2013. Litigios por derecho a la salud en tres países de América Latina: revisión sistemática de la literatura. En: *Revista Panamericana de Salud Pública*. 33(3) 213-222. Disponible en http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300008

Rodríguez Herrera, Adolfo. 2006. *La reforma de salud en Costa Rica*. Santiago: Cepal. Disponible en: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/26898/lcl2540e.pdf>

CAPÍTULO IV

**Sostenibilidad financiera
del régimen de invalidez,
vejez y muerte**

Sostenibilidad IVM: El desafío para mantener la salud financiera de los recursos

Gina Magnolia Riaño Barón

La sostenibilidad de los sistemas de protección social y, especialmente, de los sistemas de pensiones como pieza maestra de los mismos; es un tema que preocupa a las entidades responsables de la dirección y gestión de las políticas previsionales, en todos los países y también en los iberoamericanos.

Esta preocupación tiene una de sus principales causas en el proceso de envejecimiento demográfico en el que estamos inmersos. Gracias a los avances médicos y sociales, la esperanza de vida está aumentando en todo el mundo, aunque a ritmos diferentes en cada región. En la actualidad se calcula que el 8 % de la población de los países iberoamericanos supera los 65 años de edad, por lo que la dimensión global de este grupo etario en nuestra región, estaría en torno a los 50 millones de personas, con una clara mayoría de mujeres -127 mujeres adultas mayores por cada 100 varones- y con un peso creciente de las personas mayores de 85 años (OISS, 2012).

La esperanza de vida al nacer está ya en 72.3 años para los hombres y en 78.5 años para las mujeres, y sigue en aumento. Así, se calcula que el número de personas adultas mayores en la región, llegará a triplicarse antes del año 2050, aunque de forma muy heterogénea en los diferentes países iberoamericanos (OISS, 2012).

Esta tendencia de incremento de la esperanza de vida, fruto de un logro colectivo por el debiéramos felicitarnos, genera sin embargo preocupación; esto por cuanto está acompañada de la disminución en los nacimientos y, también, debido a la celeridad de este proceso en los países iberoamericanos, frente a lo sucedido en otras regiones. Así, mientras que en Europa este proceso se inició hace aproximadamente cien años, en América Latina se estima que en unos 40 años se alcanzarán los niveles de envejecimiento europeos actuales.

El índice de dependencia, que mide la proporción entre personas adultas mayores y personas en edad de trabajar, se sitúa actualmente en 12 personas mayores por cada 100 personas entre 15 y 64 años (OISS, 2012) y se prevé una rápida disminución en los próximos años.

El envejecimiento de la población generará en nuestras sociedades cambios profundos y duraderos –en los patrones de consumo, en el ocio, en las tendencias políticas, etc.- a los que deberemos adaptarnos. Pero una de las principales preocupaciones de los gobiernos y de las sociedades de la región, es la referida a los sistemas de pensiones, particularmente en cuanto a la compatibilidad del binomio “suficiencia-sostenibilidad”. Suficiencia para el mantenimiento de unas condiciones de vida dignas para las personas adultas mayores y sostenibilidad para garantizar la viabilidad de los sistemas, en un contexto de envejecimiento y de disminución del número de personas aportantes al sistema.

Ante este desafío se han abierto numerosos debates -dado que los sistemas de pensiones constituyen uno de los pilares fundamentales de la protección social- en los que se ha cuestionado su viabilidad futura y su intensidad protectora.

Los sistemas de seguridad social de todo el mundo, están dando respuesta a este desafío de formas muy diversas. En algunos casos, los estados han optado por aplicar reformas estructurales, pasando de los tradicionales sistemas de reparto, de prestación definida y basados en la solidaridad intergeneracional; a sistemas de capitalización individual y aportación definida, en los que el ahorro individual constituye la base sobre la que se sustentan las prestaciones.

Sin embargo, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), solo 23 países a nivel mundial optaron, entre 1991 y 2008, por este cambio estructural, en todo o en parte de sus sistemas de pensiones. De ellos, prácticamente la mitad han revertido esas reformas, en todo o en parte.

Las causas de esta relativamente poca incidencia de estos cambios estructurales, son múltiples: los altos costos fiscales de la transición, mayores cuanto más “maduro” es el sistema; los elevados gastos de gestión; los riesgos de los mercados financieros; y las insuficiencias mostradas para aumentar la cobertura, proporcionar pensiones adecuadas y reducir las desigualdades, especialmente en el caso de las mujeres.

Por el contrario, la mayor parte de los estados han optado por reformas de tipo paramétrico, sin afectar a la esencia de los modelos de reparto y solidaridad intergeneracional; adoptando medidas que buscan mantener, en el corto, medio y largo plazo, el equilibrio financiero de tales sistemas.

Este equilibrio financiero, del que depende la sostenibilidad de los sistemas protectores, puede expresarse, de forma muy esquemática, a través de la siguiente ecuación:

$$\text{gastos} \pm \text{variación de las reservas} = \text{ingresos} \pm \text{variación de las reservas}$$

Cada uno de los componentes de la ecuación, puede descomponerse en otros varios sobre todos los cuales es factible y seguramente necesario actuar, para mantener el deseado equilibrio.

Los gastos vienen determinados, esencialmente, por el crecimiento en el número de pensionados; el mantenimiento de las pensiones durante más tiempo, por el crecimiento de la esperanza de vida (que la OCDE ha estimado en unos 4 años de media y que supondrá un aumento de costos de más de 20 % [OCDE, 2013]); por el mayor importe de las prestaciones debido al llamado “efecto sustitución” (en virtud del cual las nuevas pensiones serán de mayor cuantía que las que desaparecen por fallecimiento de sus beneficiarios); por las actualizaciones periódicas de las pensiones; y, por los gastos de gestión.

A su vez, los ingresos van a depender del número de cotizantes en cada momento, de los salarios sobre los que se calculan sus aportaciones, de los tipos de cotización aplicados y de la cuantía de otros ingresos que puedan destinarse a la financiación del sistema; por ejemplo, a través de los impuestos generales o de la utilización de las reservas acumuladas.

En definitiva, una multiplicidad de factores que influyen en el equilibrio y la salud financiera de los sistemas de pensiones y sobre los que se están desarrollando acciones de distinto tipo en el ámbito internacional. Esto ocurre en un contexto en el que, frente a un gasto creciente, el número de personas cotizantes disminuirá fundamentalmente por el descenso de la natalidad, haciendo descender los ingresos del sistema. Un sistema sobre el que las crisis económicas están teniendo un impacto en los recursos, ya que el desempleo, la reducción de salarios, el aumento de los contratos a tiempo parcial y temporal, reducen la densidad de las cotizaciones y crean lagunas en la carrera previsional.

Así, en cuanto al gasto creciente de las pensiones, algunas de las medidas adoptadas han sido el retraso, de forma paulatina, de la edad de jubilación legal que se está elevando en varios países europeos hasta los 67 años, como es el caso de España o Alemania e, incluso, a los 68, como en Gran Bretaña.

En este mismo sentido operan las medidas que fomentan voluntariamente el retraso en la edad de retiro, aumentando de este modo el número de años que se aporta al sistema y que actúan en una doble dirección: buscando equiparar la edad efectiva de retiro con la edad legal de jubilación, desincentivando las jubilaciones anticipadas; y fomentando que las personas permanezcan activas luego de la edad de retiro, mediante incentivos económicos y a través de la posibilidad de compatibilizar el cobro de una pensión por edad con la percepción de un salario.

También, la ampliación del número de años cotizados que son considerados para el cálculo de la cuantía de la pensión. En países como Alemania, Italia o Suecia se extiende a toda la vida laboral; en España se amplía de 15 a 25 años; y, en Francia, de 10 a 25 años. O la inclusión de factores de sostenibilidad que aplican coeficientes reductores de la cuantía de las prestaciones, vinculados a la esperanza de vida, como es el caso de Italia, Portugal o España (a partir de 2019). O cambios en los parámetros que determinan las actualizaciones futuras de las pensiones, basados en criterios diferentes al de la evolución de los precios, cuya aplicación era común.

Sin embargo, la sostenibilidad del sistema no pasa únicamente por la reducción o la contención del crecimiento del gasto. Existe otro abanico de posibles medidas que incrementan los ingresos para procurar su estabilidad.

La primera medida es, sin duda, el aumento de la cobertura de los sistemas. La Comisión Económica para América Latina y el Caribe de Naciones Unidas (Cepal) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) estiman que el 47.7 % de las personas trabajadoras en América Latina está en la informalidad y no contribuyen a ningún sistema de protección social (Cepal y OIT, 2015).

Además de incrementar los recursos disponibles, la mejora de la afiliación es de especial importancia para garantizar el acceso a los sistemas de protección social de toda la población, durante su etapa activa y durante su retiro. El Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA) y la ONG Helpage Internacional estiman que tan solo una de cada cuatro personas adultas mayores de la región recibe una pensión contributiva, por lo que el incremento de cotizantes debe ser una prioridad para todas las instituciones (UNFPA y HelpAge, 2012).

Para ello, la obligatoriedad de la afiliación a los sistemas de seguridad social es altamente recomendable, tanto para las personas trabajadoras asalariadas como para las que no lo están (profesionales independientes, trabajadores rurales, etc.) y que tradicionalmente han estado excluidas del sistema.

La igualdad de las personas trabajadoras no asalariadas en el acceso a los beneficios de los sistemas de protección social, supondría un incentivo importante para incrementar su afiliación. Ejemplos de estas medidas serían la equiparación de la protección dada al trabajo doméstico frente al resto del trabajo asalariado, aprobada en Uruguay; y la extensión de la cobertura de las prestaciones médicas a las personas trabajadoras domésticas, que puso en práctica el Instituto de Previsión Social (IPS) de Paraguay.

También supondría un incentivo, una mayor flexibilidad de los sistemas para adaptarse a las necesidades específicas de las personas trabajadoras no asalariadas. Para esto es importante reconocer sus particularidades y apostar por medidas innovadoras que den respuesta a sus demandas.

Como ejemplos de estas medidas cabría citar el “Programa de microemprendimiento individual” de Brasil, el cual, mediante cuotas muy reducidas, busca formalizar a las personas trabajadoras independientes; también están los regímenes de monotributo establecidos en Argentina y Chile, para simplificar los pagos de pequeños contribuyentes.

En aquellos sistemas en los que la afiliación ya es obligatoria, el fortalecimiento de los sistemas de vigilancia y control contribuye en gran medida al efectivo cumplimiento de la normativa. Pero es importante que estos mecanismos estén acompañados de una mayor sensibilidad de la ciudadanía, acerca de la relevancia de los sistemas de protección social: de forma que sean conscientes de la necesidad de su afiliación.

Para ello, resulta especialmente positiva la mejora de la información que se ofrece a la ciudadanía –en términos de cantidad, calidad y transparencia- acerca de sus contribuciones al sistema y de los futuros beneficios de las mismas. Los programas de educación previsional que algunos países como Uruguay y Chile están impulsando en la enseñanza reglada, son también medidas útiles para sensibilizar desde las edades más tempranas.

La información es un factor clave para la confianza de la ciudadanía en el sistema y para su eventual afiliación; como también lo es una gestión simple, eficaz y de calidad, centrada en las personas, que tienda a unificar sistemas y regímenes y que se lleve a cabo con el menor gasto de gestión posible, puesto que estos costos van a influir también en el gasto total.

Asimismo, para aumentar el número de personas cotizantes, el Banco Interamericano de Desarrollo (Bosch y otros, 2013) propone establecer subsidios públicos al ahorro previsional. Así, el Estado, a través de subsidios progresivos a las cotizaciones sociales aportadas por todas las personas trabajadoras, podría incentivar que quienes reciben ingresos medios y bajos –y que tienen una menor capacidad de ahorro- se incluyan en los sistemas de protección social.

Por otro lado, los programas de cotizaciones compartidas también están demostrando su efectividad para fomentar e incrementar el ahorro previsional entre personas que, de otra forma, estarían sin ninguna cobertura o cubiertos a través de programas de prestaciones no contributivas, con un mayor costo para las arcas públicas y peor protección para los ciudadanos. Estos programas cuentan con apoyos públicos o de los propios planes profesionales privados, para aumentar la rentabilidad financiera del ahorro previsional. De esta forma, se reduce la cuantía de los aportes y se accede a los mismos beneficios o se mantienen los aportes y se accede a más beneficios. Se trata del “Aporte previsional solidario” de Chile, del “Programa de beneficios económicos periódicos” de Colombia, de la “Cuota social” de México o del “Sistema de pensiones sociales” de Perú.

No debemos olvidar las marcadas diferencias por razón de género en el mercado laboral, que hacen que el 46.5 % de los hombres mayores de 65 años reciba una pensión, frente al 37.7 % de las mujeres (Jiménez y otros, 2014)¹. Por ello, es importante el desarrollo de medidas para la corresponsabilidad en las tareas domésticas y de cuidado que permitan a las mujeres participar en igualdad de condiciones en el mercado laboral formal y acumular cotizaciones que les den acceso a unas pensiones contributivas dignas.

Más allá del aumento en la afiliación, el número de aportantes al sistema se ve influido por las tasas de empleo y por la calidad del mismo. Por ello, el mantenimiento de altos niveles de empleo de calidad, contribuye también a mejorar los recursos disponibles. Se trata de un importante elemento a considerar ante situaciones de crisis económicas que generan altos niveles de desempleo –especialmente entre

1 Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS (2015): “Estudio sobre la perspectiva de género en los sistemas de seguridad social en Iberoamérica”

la población joven que en los países iberoamericanos se enfrenta al 13.9 % de desempleo, el doble que el resto de la población, y que con frecuencia desempeñan trabajos precarios- y considerando la tendencia actual de los mercados que, gracias a la tecnología, precisan cada vez de menos mano de obra.

Igualmente, un elemento a considerar es la cuantía de las contribuciones a realizar, dependiente del nivel de los salarios, de los tipos de cotización -insuficientes en algunas ocasiones- y de los límites o exenciones aplicables a las bases sobre las que se determinan las aportaciones.

Finalmente, sumado al aumento de ingresos y a la reducción de gastos; para incrementar las reservas disponibles en el sistema, no podemos obviar la posibilidad de repensar su estructura financiera.

Los sistemas contributivos de protección social se financian, básicamente, con las cotizaciones sociales de los trabajadores. Sin embargo, cabría la posibilidad de completar estos recursos con ingresos procedentes de la imposición general; es decir, de los presupuestos generales de la administración pública o de las rentas de capital.

Las ventajas para el Estado de los sistemas de protección social contributivos, son innumerables: Contribuyen a mantener la calidad de vida de sus afiliados, fomentan la cohesión social, facilitan ingresos para el consumo, actúan como amortiguadores sociales frente a situaciones de crisis económicas, evitan situaciones de pobreza que precisarían de atención y recursos sociales, etc.

Se trata de beneficios que no se limitan a las personas afiliadas y sus derechohabientes, sino que se extienden al conjunto de la sociedad; además, están reconocidos como derechos humanos de toda la ciudadanía². Por ello, la posibilidad de completar con recursos del Estado la financiación de las prestaciones contributivas, cobra todo su sentido en un marco de políticas públicas de bienestar social.

En cualquier caso, el reto de garantizar la sostenibilidad de los sistemas de protección social, debe adaptarse a la realidad y a las necesidades de cada país y de cada contexto. No existe una solución común que pueda aplicarse a todos los países de nuestra región, que es especialmente diversa. La historia de cada país, su cultura previsional, su arquitectura institucional, su situación económica, etc.; modelan su sistema de protección social y deben ser consideradas en cualquier proceso de reforma del mismo.

No obstante, sí podría aplicarse de manera general, la recomendación de desarrollar procesos de consulta amplios y participativos, previos a cualquier reforma, de manera que los intereses de todas las partes sean considerados.

Asimismo, es conveniente señalar que las reformas adoptadas por consenso, aportan una especial garantía de estabilidad, y se convierten en políticas de Estado no sujetas a las cambiantes coyunturas políticas. Es el caso del llamado "Pacto de Toledo"³ sobre el sistema de pensiones en España, que fue consensuado por los partidos políticos mayoritarios y los principales agentes sociales en 1995, y que se mantiene a pesar del contexto de crisis económica y de cuestionamiento de la sostenibilidad del sistema.

2 El artículo 22 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos dice lo siguiente: "Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad".

3 Documento referente al «análisis de los problemas estructurales del sistema de seguridad social y de las principales reformas que deberán acometerse» aprobado por el pleno del Congreso de los Diputados el 6 de abril de 1995 y renovado en 2003 y 2011, que describe la evolución del sistema de pensiones español, los factores futuros que podrían afectar dicho sistema y una serie de recomendaciones, posteriormente adoptadas en su mayoría.

En cualquier caso, es imprescindible contar con sistemas de información que permitan mejorar los procesos de recaudación, para contrarrestar la evasión y la elusión al sistema; fortalecer las instituciones encargadas del reconocimiento de las prestaciones y mejorar su eficiencia, incorporando nuevas tecnologías de información y comunicación que agilicen la gestión y mejoren la comunicación con los ciudadanos, para lograr la legitimación de los sistemas frente a la población.

A las medidas enunciadas se puede sumar la de la distinción de las fuentes de financiamiento en función de si provienen del ahorro previsional o de programas de asistencia, como transferencias condicionadas, encaminadas a garantizar un piso de protección social.

Para concluir, cabe apuntar que para un buen número de países de América Latina, se trata de un momento especialmente adecuado para reforzar sus sistemas de protección social; momento que sería recomendable aprovechar.

Aquellos países que aún tienen porcentajes de personas adultas mayores relativamente bajos y que al mismo tiempo mantienen niveles de natalidad y de población joven altos, están disfrutando del llamado “bono demográfico” (Huenchuan, 2009). En esta fase el número de potenciales aportantes al sistema es elevado y aún no tienen que hacer frente al incremento del número de pensiones por edad y a la demanda de servicios de salud y de cuidados derivados del proceso de envejecimiento.

Esta fase permite disponer de más recursos con los que sería recomendable reforzar el sistema de protección y adecuarlo para etapas posteriores.

En definitiva, es importante comenzar cuanto antes el proceso de adaptación de los sistemas a esta nueva realidad, ya que el futuro dependerá de su capacidad de seguir dando respuesta a las nuevas y cambiantes necesidades de protección de la población ante las eventualidades.

Bibliografía

Bosch M y otros. 2013. Mejores pensiones, mejores trabajos. Hacia la cobertura universal en América Latina y Caribe. BID.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL y Organización Internacional del Trabajo, OIT. 2015. Coyuntura laboral en América Latina y el Caribe: Protección social universal en mercados laborales con informalidad. Santiago de Chile: ONU y OIT.

Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA y HelpAge Internacional. 2012. Envejecimiento en el siglo XXI: Una celebración y un desafío.

Huenchuan, S. (editora). 2009. Envejecimiento, derechos humanos y políticas públicas. Santiago de Chile: Cepal.

Jiménez L, A y otros. 2014. Estudio sobre la perspectiva de género en los sistemas de seguridad social en Iberoamérica. Madrid: OISS.

OECD. 2013. Pensions at a Glance 2013: OECD and G20 indicators.

Organización Iberoamericana de Seguridad Social, OISS 2012. La situación de los adultos mayores en la Comunidad Iberoamericana. OISS, Aecid, Segib y Unfpa.

Retos y desafíos en el financiamiento del sistema de pensiones de IVM

Jaime Barrantes Espinoza

Dentro del marco del 75 aniversario de fundación de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), es imprescindible hablar de los retos a futuro del otro pilar fundamental de la seguridad social costarricense, como lo es el seguro de invalidez, vejez y muerte (seguro de pensiones), iniciado en 1947; y que junto al seguro de salud, se constituyen hoy como los principales sustentos de la paz social costarricense.

Desde su nacimiento, la CCSS viene administrando el seguro de pensiones con criterios técnico-actuariales que han coadyuvado por casi 42 años al pago oportuno de las pensiones a los afiliados que han venido consolidando sus derechos. En este contexto, con aproximadamente 230 000 pensionados y con casi un millón y medio de afiliados, hoy se constituye en el principal sistema básico de pensiones de la sociedad costarricense, con un 63 % de cobertura de la población económicamente activa (PEA), una de las más altas de América Latina.

A pesar de consolidarse como uno de los principales sistemas de pensiones en el país y del mundo, experimenta desafíos en materia de sostenibilidad financiera, producto principalmente de los cambios demográficos (envejecimiento de la población y disminución de la natalidad) y del surgimiento de variables económicas adversas que afectan las condiciones financieras presentes y futuras. En este contexto es necesario reflexionar sobre la necesidad de realizar ajustes en las condiciones paramétricas y establecer fuentes alternativas de financiamiento o estructuras de los beneficios actuales. Todo esto con el propósito de salvaguardar los derechos en el largo plazo.

Ante este panorama, y a diferencia de décadas anteriores, las sociedades muestran cada vez más interés en los problemas que experimentan los sistemas de pensiones; de manera tal que la modelación de alternativas equilibradas se convierte en el principal desafío. En este contexto, el seguro de pensiones también está expuesto a lo acontecido con los sistemas previsionales del mundo y, aunque ha pasado por varios procesos de reforma, los cambios sociales, económicos y demográficos continúan; lo que hace necesario el análisis de la sostenibilidad financiera.

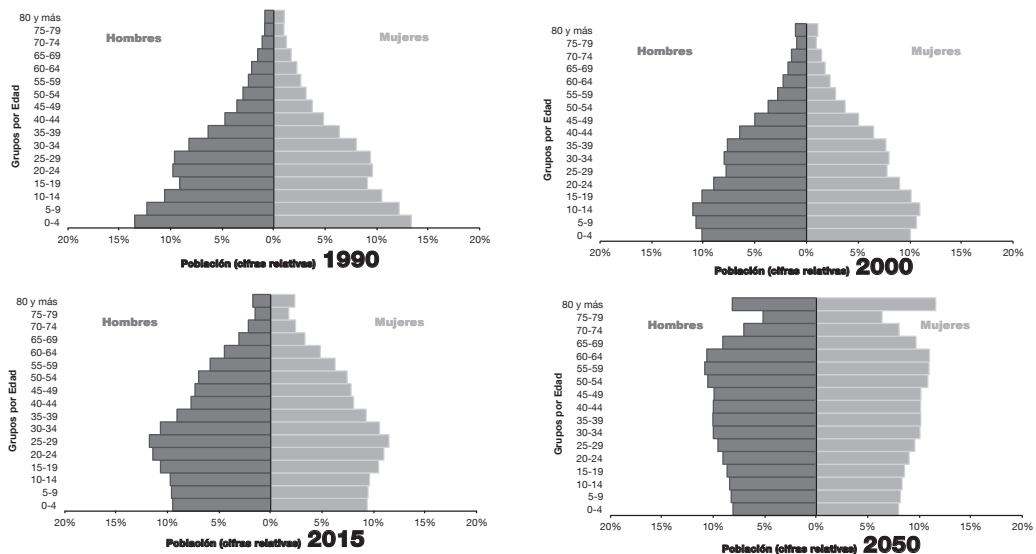
Impacto del cambio demográfico en el seguro de pensiones

Al final de la década de los noventa, diferentes factores como los efectos de la transición demográfica, determinaban una tendencia clara de crecimiento acelerado de los costos del seguro de pensiones. En ese contexto, en el gráfico n.º 1 se refleja una tendencia importante de las familias costarricenses, pues cada vez son menos proclives a tener hijos; es decir, mientras en la década de los cincuenta, las familias en promedio tenían más de seis hijos, hoy en día las mujeres no piensan en tener más de dos hijos.

Gráfico 1

Pirámides de la población de Costa Rica

Porcentaje de la población de 65 años y más por sexo



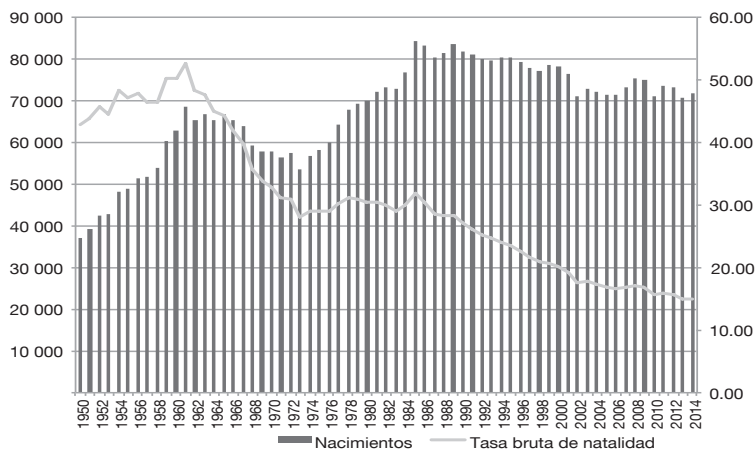
Fuente: Dirección Actuarial y Económica, CCSS.

Estos gráficos muestran la tendencia demográfica en Costa Rica, con una marcada influencia en la sociedad de lo que se conoce como envejecimiento poblacional. Se trata, básicamente, de que a medida que pasan los años, ante la caída en la tasa de fecundidad, se comienzan a concentrar individuos en los estratos de edades mayores. En los noventa era una muy marcada pirámide poblacional, hoy en día esto ha ido cambiando y se proyecta para el 2050 que esa forma tienda a ser casi cilíndrica; lo que significaría igual número de miembros en todos los estratos de edades.

De acuerdo con Rosero (1984: 67), “la época en que se inició el descenso de la natalidad en Costa Rica puede situarse con bastante precisión a principios de la década de los años 60 [...] Hasta esta época, la tasa respectiva se había mantenido alto (en alrededor de 45 nacimientos anuales por cada mil habitantes), e incluso había aumentado en la década de los años 50 hasta alcanzar el valor de 48.3 mil en 1960”.

Esta tendencia se mantiene hasta hoy en día (gráfico 2) y algunos consideran que esto tiene un impacto positivo, pues al nacer menos niños, las familias tienen mayor prosperidad. No obstante, esta condición desfavorece la fuerza laboral y, por ende, el crecimiento de los futuros cotizantes del seguro de pensiones.

Gráfico 2
Tasa bruta de natalidad
Periodo 1950 - 2014



Fuente: Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Con el comportamiento de las variables demográficas descrito anteriormente, se afecta el indicador de la relación activos/pasivos, según el cual las generaciones activas financian a las que se van retirando. Como se puede observar en la tabla siguiente, a inicios de la década pasada, la cantidad de cotizantes por cada pensionado era cercana a siete; a la fecha, dicha relación es de apenas cinco y se proyecta que para el año 2040 sea de tres.

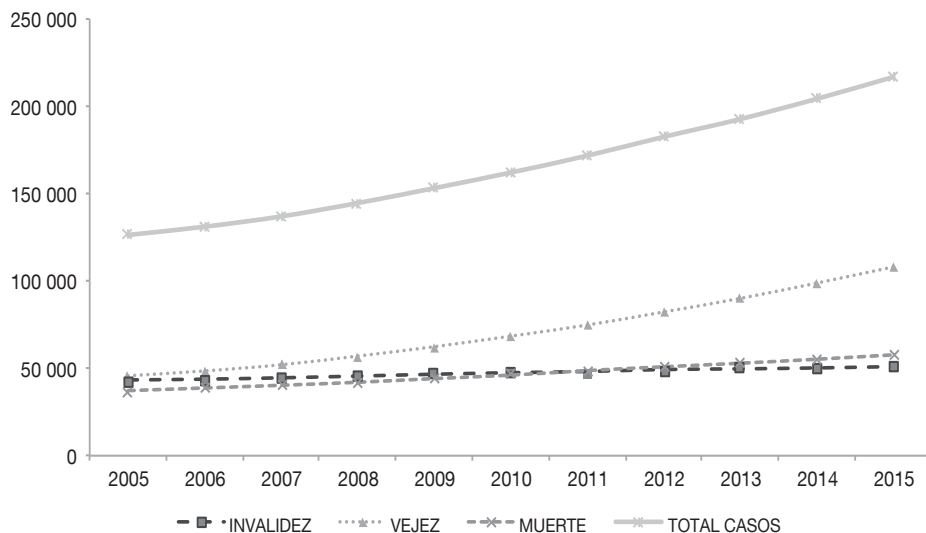
Tabla 1
Tendencia de la cantidad de cotizantes por número de pensionados
Relación activo / pasivo

Año	Cotizante por pensionado
2003	6,6
2005	6,4
2010	5,2
2015	5,2
2020	4,7
2025	4,1
2030	3,6
2035	3,3
2040	3,1

Fuente: Dirección Actuarial y Económica

Por otra parte, el comportamiento demográfico impacta de manera directa en el crecimiento acelerado en los beneficios por vejez (gráfico 3) y, a su vez, en el equilibrio financiero del seguro de pensiones. Seguidamente se muestra el comportamiento del número de beneficios según los tipos riesgo:

Gráfico 3
Cantidad de pensiones nuevas de vejez por año y riesgo
Periodo 2005 -2015



Fuente: Dirección Administración Pensiones.

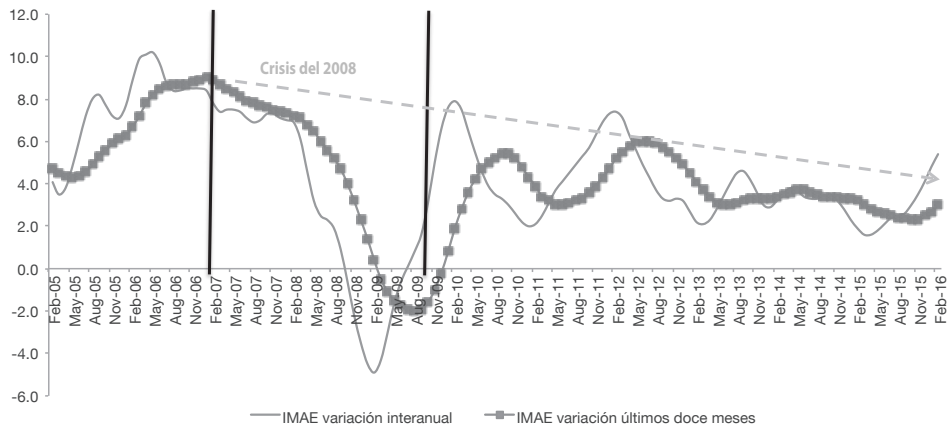
Conviene destacar que las pensiones tendrán que otorgarse, en general, durante períodos más largos, en vista del aumento en la esperanza de vida que ronda aproximadamente los 80 años, en la actualidad, y con una tendencia creciente (Banco Mundial).

Entorno económico

Otro efecto importante que impacta a los sistemas de pensiones, es el comportamiento de la economía en general. En los últimos años sobresale lo acontecido en el 2008, cuando se dio una de las mayores crisis económicas en el mundo, producto una burbuja inmobiliaria en los Estados Unidos en el año 2006, teniendo como consecuencia principal una profunda crisis de liquidez, contagiando al sistema financiero estadounidense y posteriormente a los mercados internacionales.

La economía costarricense se caracteriza por ser una economía pequeña y abierta al exterior, lo que la hace muy susceptible a los cambios que se den en el entorno. Es por eso que la crisis económica internacional acontecida en el 2008, contribuyó a la tendencia de desaceleración de la producción, medida a través del índice mensual de la actividad económica; lo cual se muestra a continuación:

Gráfico 4
Índice mensual de actividad económica
Tendencia ciclo: tasa de variación interanual
1991=100



Fuente: Elaboración propia a partir de la información del Banco Central de Costa Rica.

Como se puede observar en el gráfico anterior, durante la crisis internacional la economía costarricense mostró un decrecimiento pronunciado respecto de la producción. Sin embargo en el periodo del 2010 al 2014, mostró un mayor dinamismo, aunque no en todos los sectores; de forma que no podría suponerse una disminución del desempleo.

Durante ese periodo, la desaceleración de la actividad económica y los altos niveles de inflación provocaron que las empresas, para no perder competitividad y no ver reducidas sus ganancias, ajustaran su actividad económica mediante la disminución de costos. Por lo general esa disminución se hace al reducir el recurso humano, lo cual tiene impacto en el nivel de empleo.

Evidentemente, estas condiciones económicas del país tienen impacto en los niveles de ingresos del seguro de pensiones.

Reformas recientes

Dentro de este entorno, es conveniente señalar las últimas reformas que se han efectuado, las cuales tienen como propósito adaptar el seguro de pensiones a la realidad económica y social experimentada en los últimos años. Así en el año 2000 se promulga la Ley de Protección al Trabajador (LPT) en donde se establece un sistema multipilar en el que el sistema de pensiones de invalidez, vejez y muerte que administra la Caja, se constituye en el sistema básico y obligatorio para todos los trabajadores asalariados e independientes; igualmente, sistemas como el de la Junta de Pensiones y Jubilaciones del Magisterio Nacional y el del Poder Judicial, funcionan como ese pilar básico.

Con la LPT se crean dos pilares adicionales, uno obligatorio y otro voluntario, los cuales tienen como propósito complementar la pensión que se otorga en el pilar fundamental. Estos sistemas son de naturaleza individual; es decir, el trabajador recibirá en función de lo aportado y de los rendimientos obtenidos en el tiempo.

La última reforma integral del sistema de pensiones de invalidez, vejez y muerte, se dio en el año 2005; luego de un año de discusión y análisis por parte de los sectores sociales. En esa oportunidad se aprobó el aumento gradual de la cotización en tres puntos porcentuales (un punto para cada sector), pasando de un 7,5 % a un 10,5 %; también se acordó el aumento en el número de cotizaciones a los 65 años (de 240 a 300 cuotas) y el número de salarios requeridos para calcular las pensiones, que se aumentó de los últimos 60 a los últimos 240, actualizados al índice de inflación.

Igualmente, se ha fortalecido la gestión, con lo que se ha logrado un aumento de la cobertura, entre los años 2005 y 2015, de 45 % a 63 % (una de las más altas de América Latina), un mayor control en el otorgamiento de las pensiones por invalidez, la colocación de la cartera de inversiones en condiciones de mercado y la disminución de costos de administración por alrededor de 3 % de los ingresos.

Se puede considerar que las reformas anteriores han sido un paso en la dirección correcta. Sin embargo, la institución es consciente de que en vista de los cambios demográficos previstos y de la maduración del seguro de pensiones con un número de pensionados, el análisis y los ajustes al sistema deben seguirse dando. Será a través de ese dinamismo que se garantizará la sostenibilidad en el tiempo. Además, se deben considerar alternativas de financiamiento que fortalezcan los ingresos.

Alternativas de financiamiento para la sostenibilidad del seguro de pensiones

Ante el panorama expuesto, las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social han definido la sostenibilidad como un tema estratégico y prioritario; más aun considerando que en el año 2015 se cumplieron 15 años de la promulgación de la Ley de Protección al Trabajador y 10 de la última reforma integral al sistema. Por esto es conveniente realizar una serie de análisis más profundos, con el fin de ver cuales variables del entorno económico podrían afectar la sostenibilidad del sistema en el corto, mediano y largo plazo.

Si bien es cierto, el segundo pilar ha acumulado importantes recursos, todavía está en proceso de maduración y no aún no ha cumplido con las expectativas. Además los recursos del artículo 78 de la Ley de Protección al Trabajador, no se han materializado como se previó en esa reforma ni parecen ser suficientes para la universalización del seguro de pensiones.

De acuerdo con este panorama se han definido una serie de acciones para la sostenibilidad del seguro de pensiones y se planteado medidas que tengan impacto tanto en el corto como en el mediano y largo plazo.

Algunas alternativas que podrían favorecer la sostenibilidad del seguro de pensiones, ante los cambios que se vienen experimentando, son las siguientes:

- a) Adopción de medidas que promuevan la permanencia de los cotizantes en el sistema durante más tiempo; para lo que se ha acordado eliminar gradualmente las posibilidades de adelantar la pensión con castigo. Con estas medidas se pretende limitar el gasto en el corto plazo y conseguir que las personas coticen por más tiempo.
Aumento de la participación del Estado en el financiamiento de las pensiones mínimas. Históricamente se ha venido otorgando una pensión mínima, con el fin de asegurar a los afiliados un nivel básico de ingreso, de acuerdo con un principio de suficiencia. La diferencia resultante entre el monto de la pensión obtenido y el monto de la pensión mínima, ha venido siendo financiada por las cotizaciones tripartitas del fondo; no obstante, se considera conveniente que el Gobierno sea el que financie esta diferencia. Así, se aseguraría un mínimo

- o piso de ingreso a las personas que con su esfuerzo contributivo no alcanzan ese monto de pensión. Es por esto que, con fundamento en estudios actuariales internos, se ha planteado elevar el aporte del Estado en 0,66 puntos porcentuales, para financiar esta diferencia.
- b) Mejora de la diversificación de las inversiones: Es claro que en los últimos años, producto de la escasez de opciones en el mercado bursátil nacional, las inversiones de la reserva se han colocado fundamentalmente en títulos del sector público. Para fomentar aún más la diversificación, las autoridades institucionales han aprobado que se exploren otras alternativas, principalmente el financiamiento de proyectos de obra pública. De esta forma no solo se contribuirá en generar un impacto positivo en el desarrollo económico, sino también en el nivel de empleo del país, con el subsecuente aumento de las cotizaciones. Se recomienda además, que de una manera prudente y gradual, se estudien oportunidades en el mercado internacional.
 - c) Mejora en los controles de la evasión y atracción de grupos de difícil cobertura: Se ha fortalecido los controles y mecanismos de inspección, de forma que se permita disminuir la evasión en diferentes grupos. Además de mantener controles cruzados con otras entidades, como los colegios profesionales y el Ministerio de Hacienda; se han creado condiciones más flexibles de ingreso para los trabajadores independientes y grupos como agricultores y servidoras domésticas.
 - d) Fortalecimiento de la educación sobre seguridad social e importancia del ahorro a largo plazo: Es importante que todos los anteriores esfuerzos se combinen con el fortalecimiento de la educación a las nuevas generaciones en materia de seguridad social y sobre la importancia del ahorro. Todo esto con el propósito de crear conciencia sobre los beneficios del sistema de seguridad social y del ahorro y las consecuencias, en el largo plazo, de no cotizar para la seguridad social. Además de la importancia de complementar ese ingreso al sistema, en la medida de las posibilidades de cada persona, con recursos provenientes del ahorro a lo largo de su vida laboral.
 - e) Las reformas en los sistemas de pensiones deben estar acompañadas de otras medidas, como por ejemplo programas de vivienda que permitan a la mayoría de la población resolver esa necesidad básica mientras se encuentran en su etapa laboral. Esto permitirá al pensionado, disfrutar directamente del monto de los beneficios de su pensión.

Acciones de fortalecimiento a mediano y largo plazo

Desde que inicio el sistema de pensiones en el año 1947, el porcentaje de cotización para el financiamiento del sistema fue de un 7,5, el cual perduro hasta el año 2005, donde se estableció un aumento gradual por un período de 30 años, con aumentos quinquenales de 0,5 %, distribuidos equitativamente entre cada sector en un 0,17 %. Al día de hoy se han efectuado dos aumentos de 0,5 %, uno en el 2010 y otro en el 2015. La cotización hoy es de 8,5 %. Según se estableció en la reforma del año 2005, para el año 2035 la prima sería de un 3,50 % el trabajador, 5,75 % el patrono y un 1,25 % el Estado.

Ante los cambios económicos recientes y otros aspectos relacionados con la no materialización de los ingresos conforme lo establece el artículo 78 de Ley de Protección al Trabajador, y el crecimiento acelerado en el número de pensiones; la institución, con acompañamiento de la Superintendencia de Pensiones, acordó contratar a la Universidad de Costa Rica para que emita criterio sobre la situación financiera del régimen. Este criterio servirá de base para la discusión del tema y para plantear ajustes y medidas adicionales que permitan fortalecer el seguro de pensiones en el mediano y largo plazo. Además, se podrá contar con la participación de organismos internacionales especializados en seguridad social, para el diseño de propuestas de fortalecimiento.

Así las cosas, con estas nuevas alternativas de financiamiento, con las medidas que se propongan una vez conocidos los resultados de la valuación actuarial realizada por la Universidad de Costa Rica,

y con el apoyo de organismos especializados en sistemas de seguridad social: se espera fortalecer la sostenibilidad financiera en el largo plazo. Se considera clave la participación y el apoyo de los diferentes sectores sociales, en este nuevo proceso de reforma.

Dado lo anterior, es claro que en el futuro los retos del envejecimiento y del cambio demográfico serán tan importantes que las distintas fuentes y alternativas de financiamiento deben ser las mayores posibles. Se trata de un reto que no podrá resolver un solo sector, sino que será necesaria la acción conjunta de los trabajadores, los patronos y el Estado; así como de la institución. Además, es fundamental que se dé una mejor educación sobre la seguridad social y la importancia del ahorro. Todo favorecerá la sostenibilidad, en el largo plazo, del seguro de pensiones más importante del país.

Bibliografía

Banco Mundial. 2016. Esperanza de vida al nacer, total (años). Sitio web del Banco Mundial. Recuperado el 4 de julio de 2016 de <http://data.worldbank.org/indicator/SP.DYN.LE00.IN>.

Rosero-Bixby, L. 1984. El descenso de la natalidad en Costa Rica. En: *Asociación Demográfica Costarricense, Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica*. 66-77. San José, Costa Rica: Asociación Demográfica Costarricense. En línea: http://roserobixby.com/RoseroBixby/Publicaciones_files/126.pdf.

Entendiendo la sostenibilidad de las pensiones IVM de la CCSS: logros y desafíos

Fabio Durán Valverde

Preámbulo

Tras casi 70 años de operación, el régimen general de pensiones de IVM de la CCSS se ubica entre los regímenes generales de pensiones de la seguridad social más sólidos de América Latina y del mundo en desarrollo. La tasa de cobertura contributiva del programa destaca entre las más altas de la región y las proyecciones actuariales indican que el programa estará financieramente equilibrado durante los próximos 30 años. No obstante, como cualquier régimen de seguridad social, el programa enfrenta desafíos.

La celebración del 75 aniversario de la creación de la CCSS, es una oportunidad para reflexionar sobre la sostenibilidad del sistema costarricense de seguridad social; y un momento adecuado para realizar un punto de situación que permita a la sociedad costarricense comprender los logros, las lecciones aprendidas y los desafíos que enfrenta el sistema. Este artículo trata específicamente sobre la sostenibilidad del programa de pensiones de invalidez, vejez y muerte administrado por la CCSS, en adelante denominado programa IVM/CCSS.

Sobre el concepto de sostenibilidad

La sostenibilidad es un concepto bastante controvertido en el contexto del análisis de los sistemas de seguridad social. Se habla de sostenibilidad económica para hacer referencia a la capacidad de la economía de un país para financiar un determinado sistema nacional de pensiones. Esta capacidad está influenciada por los niveles de costos actuariales proyectados. Cuanto más generoso es un programa de pensiones, en términos de sus requisitos y beneficios, más pesado resultará para la economía financiarlo. El perfil de beneficios y requisitos de los programas de pensiones de la seguridad social, y los respectivos niveles de costos resultantes, están determinados en función de las valoraciones sociales que realiza una determinada comunidad nacional; tanto los costos como su financiamiento, están sujetos a complejos determinantes de negociación política entre los actores sociales involucrados en el funcionamiento del sistema de seguridad social: financiadores, personas protegidas y entidades administradoras, entre otros.

En un régimen democrático, es la sociedad misma la que decide el nivel y calidad de protección social que desea recibir, así como cuánto está dispuesta a pagar para su financiamiento. Aparte de dicha

voluntad social, la capacidad de una sociedad para financiar un sistema nacional de pensiones, está determinada y restringida por su nivel de desarrollo económico. En consecuencia, no existe una regla de oro sobre cuál debería ser el nivel óptimo de costos actuariales que debería soportar un sistema de pensiones, para que sea económicamente sostenible.

La sostenibilidad política se refiere al grado de apoyo público que posee un determinado programa de seguridad social para garantizar el funcionamiento continuo. Debido a su naturaleza, esta esfera de la sostenibilidad está gobernada por la percepción pública; en consecuencia, está determinada por el complejo conjunto de intereses que poseen los diferentes actores involucrados en el funcionamiento del sistema de seguridad social. Ese conjunto de intereses determina, finalmente, la economía política del sistema. Por ejemplo, si los beneficiarios de las pensiones perciben que estas no satisfacen su objetivo de brindar protección económica, o bien, que no están acordes con el nivel de aportaciones, su apoyo político para la continuidad del programa de pensiones será reducido. Por otra parte, si los medios de comunicación de un país son capaces de fijar en la opinión pública, con o sin sustento técnico, la idea de que un régimen público de pensiones está colapsado financieramente y que no será capaz de pagar las pensiones a los futuros jubilados, ello impactará negativamente la voluntad de afiliación al sistema, lo que afectará finalmente la tasa de cobertura contributiva y la sostenibilidad económica.

Se deriva de la exposición anterior que la sostenibilidad económica y la política son igualmente importantes, pero no siempre van de la mano. Así, un régimen nacional de pensiones puede ser sostenible financiera y económicamente, pero no será políticamente sostenible si no goza de buena imagen y apoyo popular. En la experiencia de Costa Rica, parece existir una percepción pública creciente en el sentido de que las pensiones IVM/CCSS no son financieramente sostenibles; situación que sin lugar a dudas afecta su sostenibilidad política.

Un breve recuento de la evolución económica del IVM/CCSS

La dinámica de los costos de las pensiones en el largo plazo, implica un proceso de maduración de largo plazo bastante conocido y predecible, que puede demorar hasta un siglo para consolidarse. Para entender la sostenibilidad de un sistema de pensiones, resulta crucial comprender por qué los costos tienden a crecer en el largo plazo.



Curva de costos en el largo plazo. Todos los sistemas de pensiones pasan por ese proceso de maduración, que se manifiesta en un crecimiento a largo plazo de los costos actuariales, medidos por el cociente “gasto anual/salarios sujetos de cotización”. Este es un fenómeno normal y no debe ser motivo de alarma. La evolución típica forma una curva de costos que se parece a una “S” (ver figura adjunta). Los costos dejan de crecer cuando el programa alcanza un estado demográfico “relativamente estacionario”; entonces, se “estacionan” o estabilizan en un determinado nivel. Para que un programa de pensiones de la seguridad social sea económicamente sostenible (en el largo plazo), es recomendable que, una vez alcanzada la fase de maduración los costos se estabilicen en un nivel que guarde cierta concordancia con la capacidad de la economía para sostenerlos. Veamos las etapas.

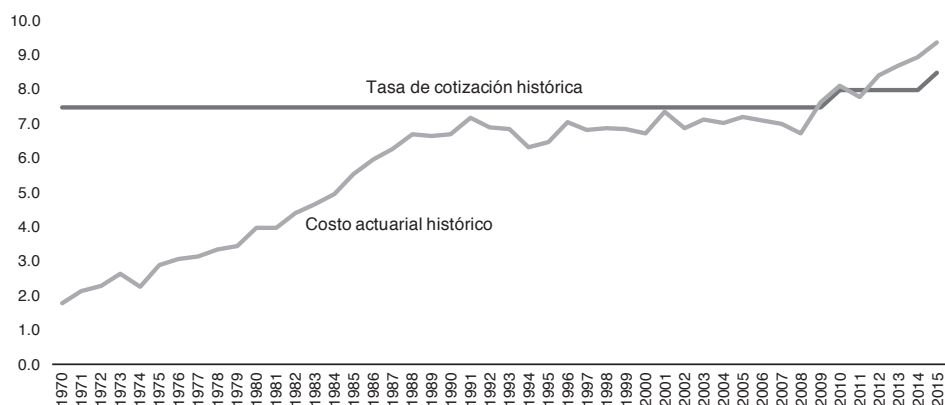
En la etapa 1, cuando el programa de pensiones es joven, durante varias décadas la cantidad de afiliados crecerá, pero habrá pocos pensionados, puesto que al comienzo pocos afiliados consiguen acumular un número suficiente de contribuciones para pensionarse; en esta etapa los costos se mantienen en niveles bajos hasta por varias décadas. En la etapa 2, las primeras generaciones de afiliados comienzan a cumplir con los requisitos para optar por una pensión, así que normalmente la relación entre afiliados/pensionados estará bajando; y se acelera el crecimiento de los costos. En la etapa 3, el flujo entre entradas y salidas hace que se establezca la relación entre afiliados y pensionados. El programa alcanza un “estado demográfico relativamente estacionario”; la población del sistema de pensiones se “estaciona” y los costos tienden a estabilizarse. El nivel en que se estacionan los costos, una vez que el programa de pensiones llega a su etapa de madurez, es vital para la sostenibilidad económica: los programas más generosos en cuanto a prestaciones y requisitos, son más costosos y más difíciles de financiar en el largo plazo.

En los países industrializados, los sistemas de pensiones y sus costos ya han alcanzado o están próximos a alcanzar la fase de maduración. En cambio, la gran mayoría de países en desarrollo, con sistemas de pensiones aún jóvenes o en proceso de maduración, como el IVM/CCSS, se encuentran en las etapas 1 y 2; por ende, tendrán que pasar varias décadas antes de ver madurar sus sistemas de pensiones. Los países como Costa Rica deben tomar las previsiones necesarias para garantizar que los costos futuros se mantengan dentro de un rango económicamente razonable. La experiencia actual de los países desarrollados demuestra que sí es factible lograrlo.

Evolución histórica de los costos de IVM/CCSS en el largo plazo

En las últimas cuatro décadas, el seguro de pensiones IVM/CCSS ha seguido un patrón más o menos normal en la evolución de sus costos actuariales, como se puede apreciar en el siguiente gráfico. Esta evolución muestra algunos altibajos, como es normal en un programa que está afectado por una diversidad de factores sociales, demográficos, macroeconómicos y políticos. A partir de los años 70 se produce un proceso de aceleración en los costos, que prevalece hasta los años 80, probablemente porque durante este periodo se comienzan a reclamar los primeros derechos jubilatorios de la primera generación de trabajadores que fue integrada a la CCSS durante los años 50 y 60. Recordamos que el programa IVM entra en operación en 1947, con cobertura limitada a cierto grupo de trabajadores, la cual se extenderá progresivamente. Otro factor que puede haber contribuido a la aceleración del gasto en pensiones en ese periodo, se relaciona con un crecimiento desproporcionado de las pensiones de invalidez, lo que dio origen a la necesidad de realizar una reforma en el año 1991, para frenar la tendencia.

IVM: evolución del costo actuarial (de reparto) y de la tasa de cotización, durante los últimos 45 años (1970-2015)



Con la reforma reglamentaria de 1991, la cual limitó las condiciones de adquisición de derechos de las pensiones de invalidez (que eran bastante generosas y con notables problemas de administración hasta ese momento), sumado al efecto de la fuerte extensión de la cobertura de los años 70 y al seguimiento de una política bastante cautelosa de revalorización de las pensiones; los costos tendieron a estabilizarse por cerca de 20 años, en un nivel cercano al 7 % de la masa cotizante (periodo 1990-2010).

Es esperable una nueva aceleración de los costos, aproximadamente a partir del 2010, que se explicaría como resultado de la maduración de los derechos jubilatorios de los trabajadores que fueron incorporados masivamente al seguro social en los años 70 y 80. Los trabajadores integrados a la CCSS entre 1975 y 1980, que en la época tenían digamos 30 años de edad, están cumpliendo recién los 65 años (después de cerca de 35 años de aportes) y, por tanto, presionarán nuevamente sobre los costos en los próximos años; lo que sería una segunda ola en el proceso de maduración del programa. Se puede afirmar que el momento actual marca un nuevo periodo en la evolución económica del régimen IVM/CCSS, caracterizada por una mayor celeridad en el aumento de los costos.

La expansión de costos que ocurre después del 2007, está explicada en gran medida por el impacto de la crisis económica. Los actuarios de la CCSS han explicado recientemente que en el 2007 se introdujo una reforma reglamentaria, la cual por cierto pasó bastante desapercibida, que suavizó las condiciones de acceso a las “pensiones adelantadas reducidas”. Esto ocasionó un aumento imprevisto en las solicitudes de pensiones de jubilación y, en consecuencia, un salto imprevisto en los costos en el corto plazo. Afortunadamente ese efecto no será duradero, pues la CCSS recientemente tomó las medidas reglamentarias correctivas para contrarrestarlo, en combinación con otras medidas para ajustar gradualmente las bases mínimas de contribución en los próximos años.

¿En cuál etapa del proceso de maduración se encuentra el IVM/CCSS?

A lo largo de sus casi siete décadas de operación, los costos del programa IVM/CCSS han evolucionado de manera bastante predecible. El IVM/CCSS se encuentra en la etapa 2 de su proceso de maduración, de modo que es esperable un aumento sostenido en los costos durante las próximas décadas, que según las proyecciones, teóricamente debería detenerse en aproximadamente 75 años. Con base en esta información, el país debe decidir cuál es el nivel de costos de las pensiones que está dispuesto a asumir

y financiar durante las próximas décadas, así como las estrategias de financiamiento. Para ello será determinante comprender, con la mayor precisión posible, cuáles son los principales determinantes de los costos futuros; y proseguir con las reformas necesarias para garantizar el camino de la sostenibilidad económica.

¿Está desfinanciado el régimen IVM/CCSS? El mito de las reservas actuariales

Un mito muy difundido entre el público es que los sistemas de pensiones de la seguridad social usan un gran fondo de reserva para financiar las pensiones futuras. Este mito trae aparejado otro equivalente, alimentado por los detractores de los sistemas públicos de pensiones: el colapso de los programas públicos de pensiones, causado por el agotamiento inminente de sus fondos de reserva.

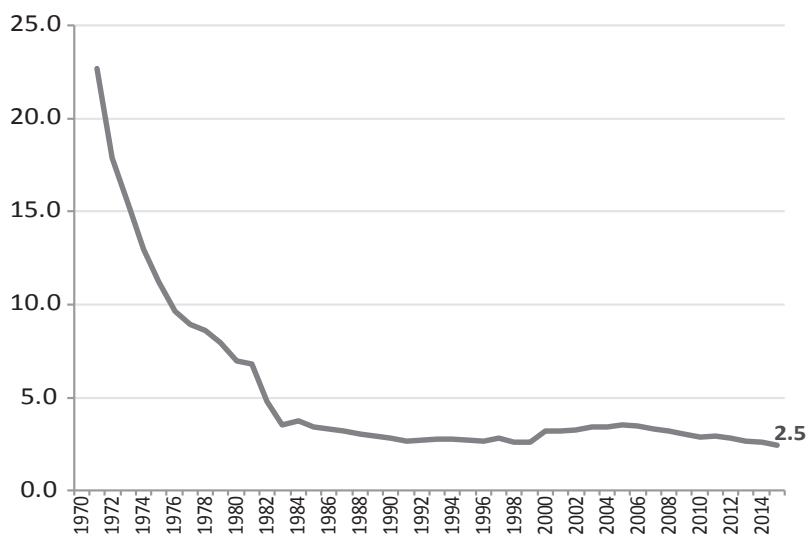
En Costa Rica, al igual que en prácticamente todos los países de América Latina y del mundo en desarrollo, el sistema de pensiones del seguro social fue diseñado como un sistema de capitalización parcial; es decir, con un nivel relativamente bajo de capitalización de fondos. Así, bajo el método de financiamiento con el que opera el IVM/CCSS, no hay una fuerte intención de ahorrar hoy para financiar las pensiones futuras. En Costa Rica, la legislación establece que el método de financiamiento de las pensiones de la CCSS es el de primas escalonadas, lo que significa que las tasas de cotización se van ajustando de forma escalonada en el tiempo, pasando a través de “escalones sucesivos de equilibrio financiero”, conforme los costos del sistema maduran. En consecuencia, las reservas actuariales y la rentabilidad financiera que generan, no juegan un papel relevante para equilibrar financieramente el sistema en el largo plazo.

Referido en la literatura en inglés como sistema *pay-as-you-go*, lo que en español podría traducirse como “pagando sobre la marcha”, un sistema de reparto opera de modo tal que las pensiones de cada año son pagadas usando las contribuciones recaudadas en el mismo año. ¡No es necesario acumular una gran reserva!; es decir, las contribuciones recaudadas en el año son “repartidas” entre los actuales beneficiarios de las pensiones; por lo tanto, solo es necesario mantener una reserva de contingencia, relativamente pequeña, para enfrentar gastos imprevistos en el corto y mediano plazo. En un esquema de esta naturaleza, los trabajadores activos, que pagan cotizaciones para financiar las pensiones disfrutadas por otros afiliados en cada momento, reciben la promesa de que en el futuro se les pagarán los beneficios con base en las contribuciones de las generaciones venideras más jóvenes, cuando ellos cumplan las condiciones requeridas para recibir una pensión. El modelo descansa plenamente en una lógica de solidaridad: entre generaciones, entre hombres y mujeres, entre personas de altos y bajos ingresos, etc. Se espera que las generaciones futuras, cada vez más ricas y productivas, asuman los costos futuros crecientes asociados a la maduración del sistema. Siguiendo esa lógica, los sistemas de pensiones de reparto o de capitalización parcial, como es el caso del programa IVM/CCSS, han funcionado a lo largo de varias décadas y siguen funcionando hoy día en todo el mundo, incluyendo la mayoría de los sistemas de seguridad social de los países industrializados en Europa, Estados Unidos y Canadá.

Un indicador que sirve para estudiar el comportamiento de la reserva actuarial se denomina “cociente de reserva”, el cual resulta de dividir el valor de la reserva actuarial al inicio de cada año, entre los gastos operativos del año respectivo. El gráfico adjunto presenta la evolución histórica del cociente de reserva desde 1970. Resulta evidente que el seguro IVM no es un programa capitalizado; el valor del cociente de reserva se redujo a partir de los años 70, cuando los primeros asegurados que habían comenzado a cotizar en los años 50, cuando inició el IVM/CCSS, empezaron a madurar y exigir sus derechos jubilatorios. Se nota una caída fuerte y rápida durante la crisis económica de 1981, cuando prácticamente todos los

fondos institucionales de ahorro, públicos y privados, fueron afectados fuertemente por la inflación. En esa época, en Costa Rica no se conocían los títulos valores indexados, de manera que todos los instrumentos de inversión en colones, como era el caso de la reserva del IVM/CCSS, se vieron afectados fuertemente.

IVM/CCSS. Cociente de reserva
Reserva acumulada/gasto anual (1970-2015)



El cociente de reserva ha permanecido más o menos estable desde mediados de los años 1980; es decir, durante los últimos 30 años, en un rango entre 2.5 y 3, con altibajos que son normales en este tipo de regímenes, debido a los movimientos de la economía. Una conclusión que se deriva de este análisis, es que la situación de las reservas actuariales del régimen IVM/CCSS no ha cambiado mucho durante los últimos 30 años.

¿Son altos los costos de administración del IVM/CCSS?

Un indicador comúnmente utilizado para medir el desempeño en la eficiencia de los programas de pensiones, es el costo administrativo. Este se mide al determinar el porcentaje que representan los gastos de administración respecto del gasto total. Los datos históricos evidencian que los gastos de administración han descendido continuamente a lo largo de las últimas décadas. En el año 2012, los gastos de administración representaron alrededor del 2.3 % del gasto total del IVM/CCSS. En el contexto regional latinoamericano, el indicador ubica a la CCSS en una posición muy privilegiada; incluso se puede afirmar que la CCSS está en una posición ventajosa para continuar fortaleciendo y modernizando su sistema de administración de las pensiones, sin colocar en riesgo los costos del programa a nivel agregado.

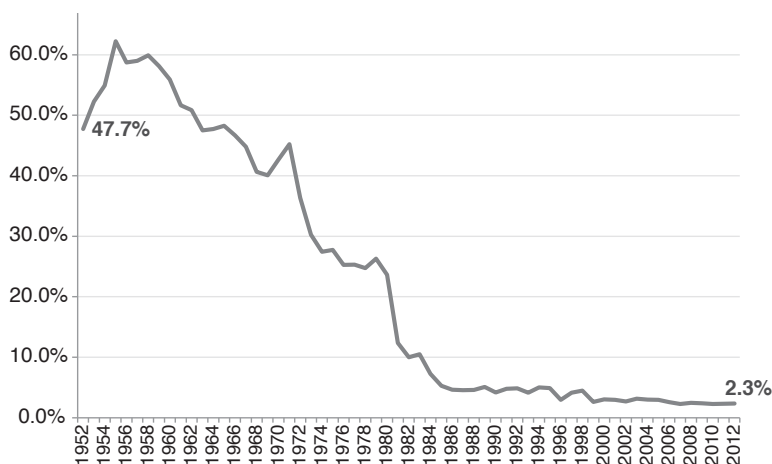
IVM/CCSS. Costos de administración históricos (para 63 años de operación)



La evolución de la cobertura

Desde la creación del régimen IVM/CCSS, la cobertura contributiva ha pasado por cinco fases de evolución histórica, según se observa en el gráfico siguiente. Estas fases se pueden resumir así: fase 1: 1950 a 1960, inicios del seguro IVM, crecimiento lento; fase 2: 1960 a 1970, expansión moderada; fase 3: 1970 a 1980, expansión rápida (vinculada con la universalización del seguro social); fase 4: 1980 a 2005 (25 años), leve contracción y estancamiento; fase 5: 2005 a 2015, expansión a trabajadores independientes (reforma 2005).

IVM/CCSS. Evolución de la tasa de cobertura de la PEA(%) 1950-2015



La evolución de la cobertura del IVM/CCSS refleja distintos momentos históricos, determinados por la política de seguridad social y la dinámica macroeconómica; lo cual refleja también el resultado de las negociaciones políticas entre los actores sociales vinculados con las políticas en seguridad social. En los primeros años del seguro social, el campo de aplicación, es decir, la población a la que estaba dirigido el aseguramiento, era todavía restringido. Esto se debe a que estaba delimitado por una visión bismarckiana de seguro social.

A partir de 1961, la reforma constitucional que establece la universalización del seguro social refleja las repercusiones del pensamiento universalista beveridgeano, que impacta notablemente en las políticas de extensión de la cobertura, y da inicio a una etapa expansiva de la seguridad social, que se alarga hasta los años 70; esta década será conocida como la década de la universalización del seguro social de Costa Rica.

Los índices de cobertura de comienzos de la década de los 80, recogen el impacto de la fuerte crisis económica de la época; en general, la cobertura en los años 80 siguió la misma suerte que en el resto de los países de América Latina, haciendo parte de lo que se conoce como la “década perdida de América Latina”. En Costa Rica este fenómeno se extiende hasta los años 90.

La entrada en vigencia de la Ley de Protección al Trabajador en el año 2000, la cual introduce modificaciones al marco legal para fortalecer el combate a la evasión y la morosidad y, además, hace obligatoria la afiliación para los trabajadores independientes; no surtió efecto en las tasas de cobertura efectiva sino hasta mediados de la década del 2000. Así, la cobertura efectiva del régimen IVM/CCSS va a continuar estancada hasta el 2005, aproximadamente.

A partir de aquí, la negociación tripartita para la reforma del 2005 genera presiones de parte del sindicalismo, para que la administración de la CCSS comience a aplicar con mayor fuerza los nuevos instrumentos jurídicos contenidos en la Ley de Protección al Trabajador. El resultado fue positivo: hay una nueva fase expansiva que alcanza hasta la actualidad y que incluso abarca el difícil periodo de la crisis económica mundial del 2008, con un interesante impacto en la incorporación de los trabajadores independientes.

¿Cómo se compara la cobertura en el contexto de América Latina?

El desempeño comparado de la cobertura del IVM/CCSS con respecto a los países de la región de América Latina parece bastante bueno. Un estudio publicado por la OECD, el BID y el Banco Mundial, con datos de 2010 (OCDE y otros, 2015), indica que en América Latina solo el 45 por ciento de los trabajadores con edades entre 15 y 64 años cotizan para los sistemas de pensiones. En ese mismo año, la cobertura del IVM/CCSS rondaba 63 por ciento de la PEA. Sumando la cobertura de IVM/CCSS con la de los regímenes especiales de pensiones, la cobertura global del sistema costarricense de pensiones ronda el 70 por ciento de los trabajadores entre 15 y 64 años. Según el mencionado estudio, Costa Rica encabeza la lista con la cobertura contributiva más alta de América Latina, seguida de cerca solo por Uruguay y Chile. Los indicadores promedio de Costa Rica se favorecen por la cobertura de los trabajadores independientes; pues ocupa el primer lugar de la región en la cobertura contributiva de este colectivo.

A nivel de América Latina, el desempeño comparativo de la cobertura del IVM/CCSS no es tan satisfactorio cuando se mide la proporción de adultos mayores que recibe una pensión. Se estima que en Costa Rica solamente cerca de 40 por ciento de los adultos mayores de 65 años reciben una pensión contributiva. Cuando se suman las pensiones no contributivas, el indicador sube a 60 por ciento, aproximadamente. Para las pensiones contributivas, el indicador de Costa Rica está por debajo de Argentina, Brasil, Panamá y Uruguay; y cerca del promedio regional.

Estos indicadores ponen en evidencia que si bien el IVM/CCSS ha sido capaz de conseguir una tasa de cobertura contributiva, con respecto a la PEA, relativamente alta en el contexto regional, solo una baja proporción de afiliados consigue acceder a una pensión contributiva. En términos de la cobertura, este es el principal desafío que enfrenta el sistema nacional de pensiones de Costa Rica; lo cual invita a reflexionar sobre las posibles causas del problema. Algunas de ellas podrían ser: requisitos de cotización para las jubilaciones relativamente elevados en comparación con la longitud de los periodos contributivos efectivos; baja densidad de cotización de ciertos grupos de trabajadores; expulsión de trabajadores hacia la economía informal a partir de ciertas edades; y, rotación de trabajadores entre empleos formales y no formales; entre otras. Cabe destacar que la adopción del requisito mínimo de 15 años de cotización para una pensión reducida, que fue aprobado en la reforma de pensiones del 2005, posiblemente contribuirá a mejorar este panorama en las próximas décadas.

Proyecciones del IVM/CCSS y desafíos para su sostenibilidad

Como resultado de una negociación tripartita entre representantes del sector laboral (sindicatos y cooperativas), empleadores y el Gobierno, con el acompañamiento técnico de la OIT y después de un productivo proceso de diálogo social; en el año 2005 se aprobó una reforma cuyo principal objetivo era darle sostenibilidad financiera al sistema de pensiones IVM/CCSS, por un periodo adicional de 30 años.

La reforma incluyó ajustes en la fórmula de cálculo, para hacer que las pensiones fueran más solidarias. Se definió una tasa de reemplazo más alta para los trabajadores de más bajos ingresos y se racionalizó levemente la tasa de reemplazo promedio; y se concertaron aumentos en el número de cotizaciones requeridas para acceder a la pensión. Además, se relajaron los requisitos en las cotizaciones mínimas para acceder a una pensión reducida, según lo establece el convenio 102 de la OIT, ratificado por Costa Rica.

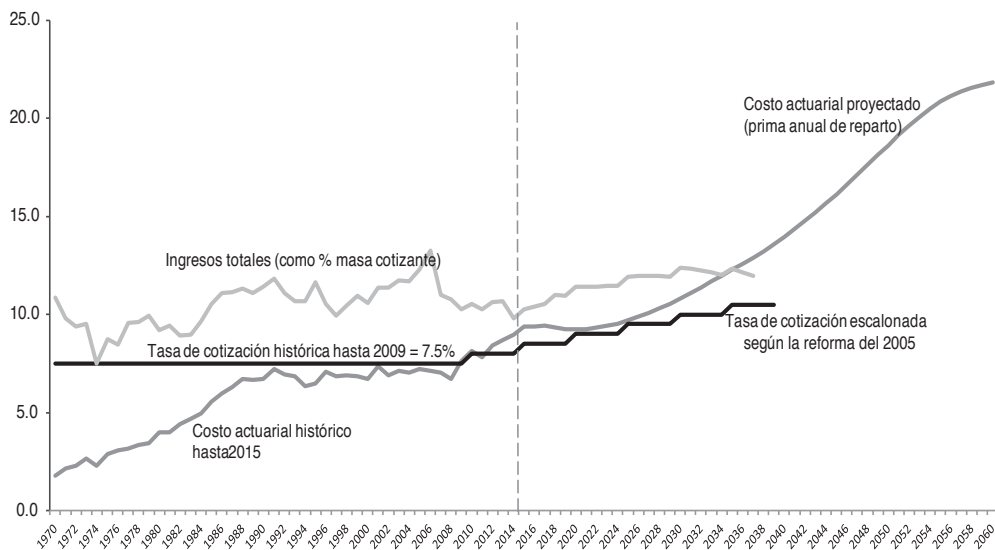
Por el lado de los ingresos, la reforma del 2005 estableció un sistema de escalones en las tasas de contribución. Según el sistema de “primas escalonadas”, a partir del año 2010 se aumentaría la prima o tasa de cotización en 0.5 %. cada cinco años, para pasar de una tasa de 7.5 % a 10.5 % en el año 2035.

Las proyecciones existentes al momento de la reforma del 2005 indicaban que las medidas adoptadas permitirían alcanzar un periodo de estabilización financiera de aproximadamente 30 años. En ese momento era claro que la tasa de cotización podría haberse aumentado aplicando escalones más fuertes, para alargar el periodo de equilibrio más allá de los 30 años acordados; sin embargo, esto implicaría un mayor sacrificio económico para las empresas y los trabajadores, lo cual fue sopesado por los actores sociales para tomar la decisión definitiva.

Así, es importante tener claro que la reforma de IVM/CCSS del 2005 surge como resultado de un proceso de diálogo social sustentado técnicamente, que nunca pretendió dar una solución técnica definitiva al financiamiento de las pensiones de la CCSS. Esta visión es coherente desde el punto de vista técnico, con el sistema de prima escalonada que ha utilizado el IVM/CCSS a lo largo de varias décadas de funcionamiento.

A continuación se presentan los resultados de la última proyección financiera-actuarial elaborada por la CCSS, con corte al año 2014 (Torres, 2015), la cual incorpora los efectos de la reforma del 2005, así como el impacto de algunas enmiendas recientes adoptadas por la Junta Directiva de la institución.

IVM/CCSS. Evolución histórica y proyecciones del costo actuarial y tasa de contribución (cifras para 110 años de funcionamiento)



Fuente: elaborado con base en proyecciones de la Dirección Actuarial de la CCSS al 2014 (Torres, 2015).

¿Qué se espera en las próximas décadas?

Las previsiones actuariales indican que los costos seguirán subiendo durante las próximas cuatro décadas, hasta un nivel cercano al 20 % en el año 2060. El programa IVM/CCSS estaría financieramente equilibrado hasta el año 2035, momento en el cual se debería comenzar a echar mano de la reserva actuarial para pagar las pensiones. Antes de alcanzar ese momento, lo ideal sería introducir las reformas necesarias para anticipar un alargamiento del periodo de equilibrio por al menos otros 30 años.

Del análisis de las proyecciones se pueden derivar dos conclusiones principales. Primero: es evidente que el programa IVM/CCSS es aún joven, ubicado en una etapa intermedia de maduración demográfica y económica. Su propia dinámica interna condiciona un aumento de los costos proyectados en las próximas décadas, subiendo desde un nivel actual cercano al 9 por ciento, hasta niveles cercanos al 25 por ciento de la masa cotizante (ingresos y salarios cotizables) en los próximos 60 años. Este nivel de costos futuros es relativamente elevado si se lo compara con los costos actuales de los sistemas de pensiones de los países industrializados. Segundo, como ya habían anunciado los estudios actuariales que sirvieron de base para la reforma del 2005, los escalones crecientes en las tasas de cotización definidos hasta el 2035, y la racionalización de los beneficios que resultó de dicha reforma, eran los apropiados y parecen estar cumpliendo su objetivo... ¡pero son insuficientes en un horizonte de largo plazo!

Buscando opciones para extender el periodo de equilibrio más allá del 2035

Un punto de partida para la búsqueda de soluciones es observar la experiencia de los países industrializados con sistemas de pensiones maduros. Los costos proyectados del IVM/CCSS para las próximas décadas, están por encima de los promedios observados actualmente en los países desarrollados; de modo que el financiamiento futuro del programa constituye un desafío indiscutible. Desafortunadamente, no existen muchos grados de libertad para ajustar el financiamiento del IVM/CCSS solamente por la vía del aumento de las tasas de cotización, lo que conlleva a pensar en otras alternativas, que probablemente habrían de combinar aumentos en las tasas de cotización más allá de las programadas hasta el año 2035, con medidas para racionalizar los costos de largo plazo.

En el caso del IVM/CCSS, las medidas disponibles para racionalizar los costos de las pensiones son muy bien conocidas y bastante limitadas. Incluyen las siguientes opciones: (a) reducir el nivel de las prestaciones (montos de las pensiones) en comparación con los salarios o ingresos asegurados (técnicamente, revisar a la baja las tasas de reemplazo), procurando un balance entre los costos futuros y la suficiencia de las pensiones (el *adequacy* del programa); (b) afectar el tiempo de disfrute de la pensión, lo cual se consigue aumentando gradualmente la edad mínima de jubilación; posiblemente “indexando” las edades de retiro según una expectativa de vida creciente; y (c) endurecer otros requisitos de elegibilidad.

Debido a que el IVM/CCSS es un programa que por su naturaleza funciona con un bajo nivel de capitalización de reservas, cercano al de un régimen de reparto, los esfuerzos para maximizar la rentabilidad de las inversiones, si bien son indispensables como parte de una sana gestión, tendrían un impacto muy limitado en las condiciones futuras de financiamiento. Es por esto que esta posibilidad no es un componente relevante de la solución.

De las alternativas descritas, la única que podría tener un impacto relevante en los costos futuros es la reducción de las tasas de reemplazo; pero esta medida posee una factibilidad política bastante limitada. Recordemos que la oportunidad para realizar este ajuste se perdió a raíz de la negociación y aprobación de la Ley de Protección al Trabajador. Haciendo un poco de historia, en su versión inicial, la reforma que creaba el régimen obligatorio privado de pensiones complementarias (ROPC) había sido negociada entre los actores sociales y el gobierno “trocando” una reducción en la tasa de reemplazo del IVM/CCSS por la “tasa de reemplazo” adicional que se derivaría del futuro ROPC.

Teóricamente esto no afectaría los beneficios recibidos por los trabajadores e implicaría una operación neutra en términos de los costos del sistema de pensiones en su conjunto. Lamentablemente, la reforma tomó otro rumbo y el ROPC fue creado con financiamiento separado, sin afectar los beneficios ofrecidos por el IVM/CCSS. El resultado final fue un fuerte encarecimiento del sistema nacional de pensiones costarricense; es decir, fue una decisión bastante gravosa para la economía costarricense.

Veamos la situación actual. Un estudio de Cepal (Durán y Pena, 2011) permite concluir que si se suman las tasas de reemplazo del IVM/CCSS y la del ROPC, se llega a una tasa de reemplazo total del sistema costarricense de pensiones cercana al 80 por ciento. Este valor está muy por encima de las tasas de reemplazo vigentes en los países con economías ricas, que en 2014 alcanza el 59 por ciento en los países de la Unión Europea, en promedio (OECD, 2015).

La decisión de crear el ROPC sin haber afectado a la baja los montos de pensiones del IVM/CCSS, se podría calificar como un error histórico de diseño, pues creó compromisos de financiamiento adicionales que bien pudieron haber sido destinados a dotar de mayor holgura económica al programa IVM/CCSS. La creación del ROPC en esas condiciones se puede explicar en el escenario de las fuertes presiones para

la privatización de las pensiones, acontecido durante los años 90; el cual vino a alcanzar tardíamente a Costa Rica con una reforma que no estuvo dotada de una verdadera lógica de reforma estructural del sistema de pensiones.

De este análisis se deriva que, entre las opciones para darle sostenibilidad al IVM/CCSS, es factible considerar la transferencia al IVM/CCSS, parcial o total, del financiamiento del 4.25 por ciento destinado actualmente al ROPC. Cálculos extraoficiales indican que la transferencia total del 4.25 por ciento permitiría extender el equilibrio financiero del IVM/CCSS hasta el año 2074, sin necesidad de realizar ninguna otra reforma adicional. Sin duda parece una alternativa interesante.

Consideraciones finales

Tras casi 70 años de operación, el régimen de pensiones de la CCSS viene cumpliendo sus objetivos de brindar seguridad económica antes los riesgos de invalidez, vejez y muerte, con un nivel de desempeño bien reconocido en el contexto latinoamericano. El IVM/CCSS continúa siendo un programa relativamente joven, en proceso de maduración incipiente. Los costos actuariales han venido creciendo según la dinámica normal de largo plazo esperada para un programa de sus características.

Durante las próximas décadas los costos del programa continuarán creciendo, como parte de su dinámica natural de maduración interna. En las condiciones actuales de diseño, el costo anual de reparto se duplicará en las próximas décadas, lo que generará una presión creciente sobre la economía del país, para garantizar su financiamiento. En los próximos 75 años, los costos alcanzarían niveles iguales o superiores a los vigentes hoy día en muchas de las economías industrializadas.

La sostenibilidad política del régimen estaría garantizada en la medida en que la población costarricense perciba que las pensiones de la seguridad social continúan cumpliendo con sus objetivos. En tanto la sociedad considere que vale la pena asumir los costos vinculados con su funcionamiento, dentro de ciertos límites razonables, el sistema será sostenible políticamente.

El desempeño histórico del IVM/CCSS en términos de la extensión de la cobertura contributiva, ha sido bastante exitoso. Esto lo ubica en una situación privilegiada en el contexto de América Latina. Sin embargo, cuando se mira la proporción de adultos mayores que recibe una pensión contributiva, el desempeño comparativo regional de Costa Rica se desploma. Esta es un área de diseño de política que habría de ser evaluada cuidadosamente, con el fin de tomar las acciones necesarias; pues, junto con la suficiencia de las prestaciones, esto constituye una variable clave para la sostenibilidad política.

En relación con los costos futuros del programa, el abanico de opciones para racionalizarlos parece bastante limitado. La principal variable parece ser la tasa de reemplazo. La reforma del año 2000 contenida en la Ley de Protección al Trabajador, introdujo un régimen de pensiones complementario de capitalización individual (el ROPC), sin afectar la tasa de reemplazo del IVM. El resultado final fue un aumento de la tasa de reemplazo total de todo el sistema nacional de pensiones, lo cual contradice una política acertada de racionalización de costos de las pensiones, pues encarece el sistema de pensiones en su conjunto (el pilar público solidario más el pilar privado complementario). Esa decisión comprometió la sostenibilidad del sistema en el largo plazo.

Los tomadores de decisiones, incluyendo los actores sociales que participan en la gestión política del sistema nacional de pensiones, enfrentan varias alternativas. Ninguna de estas alternativas es simple, en términos de la dinámica de la economía política del sistema. Primero, bajo el escenario de primas escalonadas aprobado en la reforma del 2005, introducir algunas reformas paramétricas en las condiciones de elegibilidad (incluyendo el aumento en las edades de retiro), lo que probablemente generaría efectos relativamente limitados en los costos futuros del programa. Segundo, introducir una

reducción de las tasas de reemplazo del IVM/CCSS más o menos del mismo tamaño que la tasa de reemplazo que generaría el ROPC, para así lograr que el costo total del sistema nacional de pensiones retorne al nivel que tenía antes del 2000. Tercero, clausurar el ROPC y transferir su financiamiento al IVM/CCSS, para extender su periodo de equilibrio hasta el año 2074. Cuarto, concertar alguna combinación de las medidas anteriores.

Bibliografía

Durán Valverde, F y Pena, H. 2011. *Determinantes de las tasas de reemplazo de pensiones de capitalización individual: escenarios latinoamericanos comparados*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

International Labour Organization (ILO). 2014. *World Social Protection Report 2014-2015: Building economic recovery, inclusive development and social justice*. Geneva, Switzerland: ILO.

López, G. y Umaña, CE (editores). 2006. *Los sistemas de pensiones: presente y futuro*. San José, Costa Rica: Academia de Centroamérica.

OECD. 2015. *Pensions at a Glance 2015: OECD and G20 indicators*. Paris: OECD.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y otros 2015. *Panorama de las pensiones: América Latina y el Caribe*. BID.

Rodríguez, A y Durán Valverde, F. 1998. *Reforma de pensiones: los desafíos de la vejez*. San José, Costa Rica: Ministerio de la Presidencia, Programa de Reforma Integral de Pensiones de Costa Rica. .

Rofman, R. y Oliveri, ML. 2011. *La cobertura de los sistemas previsionales en América Latina: conceptos e indicadores*. Banco Mundial.

Rofman, R. y otros. 2013. *Más allá de las pensiones contributivas. Catorce experiencias en América Latina*. Buenos Aires, Argentina: Banco Mundial.

Torres, C. 2015. *Valuación actuarial de largo plazo del seguro de invalidez, vejez y muerte (con corte al 31 de diciembre del 2014)*. San José, Costa Rica: Dirección Actuarial, CCSS.

Razones que llevaron a monseñor Sanabria a suscribir el acuerdo.

“Se pensó que la misión única de la Iglesia en estas materias era predicar la conformidad a los pobres, o bien recomendar tan solo el cumplimiento de los deberes de la caridad, a los que buenamente quisieran cumplirlos. La doctrina católica, sin embargo, ha enseñado siempre que en la solución de la cuestión social han de entrar la justicia y la caridad, y precisamente en el orden enunciado; y que justicia sin caridad es injusticia, y caridad sin justicia es egoísmo”.

“La Iglesia está llamada a colocarse en ‘un plano superior’, que no es ‘ni del lado de los pobres, ni del lado de los ricos’. Siempre del lado de la justicia y del lado de la caridad. Y como la justicia suele estar con más frecuencia del lado de los pobres, no rehusamos estar, con esa misma frecuencia, del lado de los mismos pobres”.

Monseñor Víctor Manuel Sanabria Martínez,

Tomado del “Pacto entre la Iglesia católica y el Partido Comunista que facilitó las garantías sociales”, *Semanario Universidad*, 2014.

CAPÍTULO V

Abastecimiento de la red de servicios

Aseguramiento de la calidad en la cadena de abastecimiento institucional

Dinorah Garro Herrera

Introducción

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define la logística como parte de la ciencia militar que atiende al movimiento y aprovisionamiento de las tropas. Desde esa perspectiva, la Gerencia de Logística encara retos y desafíos para las tropas de la salud, tales como promover, implementar y sostener la transparencia, accesibilidad y trazabilidad de los bienes y servicios que se adquieren y producen anualmente, en la intensa dinámica de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Con ese afán, desde el año 2012, los equipos técnicos expertos han trabajado intensamente en un plan de atención integral de la cadena de abastecimiento, estrategia que contempla la normativa, los sistemas de información, el modelo de adquisiciones y del almacenamiento y distribución de insumos.

También se ha trabajado en otro elemento no menos importante —específico del quehacer de la Gerencia de Logística— como lo es la gestión de las nueve plantas de producción y servicio adscritas a esta gerencia, las que se encargan de producir medicamentos, sueros, reactivos, anteojos, prótesis y órtesis e impresos; y se ocupan también de la confección de ropa y del lavado de prendas hospitalarias.

La implementación del proyecto de aseguramiento de la calidad es un caballo de batalla en pos de estos objetivos, un proyecto de acción que va más allá de un tema teórico-práctico pues involucra, como insumo fundamental, la participación y coherencia de todos los aspectos internos y externos de la institución. Aspectos que de una u otra forma impactan principalmente en los pacientes, en los funcionarios, en los posibles oferentes y proveedores que en alguna o en varias etapas del proceso de la cadena de abastecimiento de bienes y servicios, van a ser usuarios directos o indirectos de nuestros servicios.

En esa tesitura, los responsables de generar acciones preventivas y correctivas en cada etapa de los procesos, son indispensables para que la cadena de abastecimiento no se rompa, de tal modo que la administración de los riesgos, inmersos de por sí en todo proceso productivo o de servicio, se aborde eficientemente, con planes técnicamente respaldados. En consecuencia, todos los factores en juego deben alinearse con la clara visión de que la responsabilidad de planificar las metas de corto, mediano y largo plazo, constituye el eje fundamental de las acciones actuales y futuras.

Es por estas razones que la Gerencia de Logística propone la implementación del Plan de Aseguramiento de la Calidad, a favor de una organización eficiente que funcione con una visión de servicio y que a su vez provoque un cambio hacia una cultura organizacional basada en los principios del servicio al cliente.

Ustedes se preguntarán: ¿cómo va a iniciar este proyecto? Se inicia con la incorporación del proyecto en los planes anuales gerenciales, diseñando indicadores y metas claros, las cuales van a conformar la hoja de ruta de este ambicioso proyecto.

Tanto los directores como los jefes de área han trabajado intensamente en el marco teórico, los conceptos, el dimensionamiento, la funcionalidad y la metodología para el desarrollo del plan. Dicho trabajo ha sido coordinado por un grupo de profesionales destacados quienes están a cargo del seguimiento de los avances y de las oportunidades de mejora; esto a fin de ajustar, si fuera necesario, los procesos actuales, ya que para obtener resultados distintos, debemos planear más, hacer más, verificar más y actuar más. Todo esto responde a las exigencias de la población, la cual pide mejores resultados con los mismos, o menores, recursos asignados.

El Plan de Aseguramiento de la Calidad enfatiza en el servicio al cliente, identificando en las diferentes etapas del proceso a las personas como centro del proyecto: sus exigencias como clientes y sus expectativas. Esto tiene como propósito adecuar y transformar la cultura organizacional, para que el objetivo del plan sea una realidad y, por consiguiente, alcance un nivel de madurez constante y consistente en el largo plazo.

Un enfoque hacia las personas

El proyecto debe tener claro el enfoque hacia las personas, mediante el diseño de líneas estratégicas para el desarrollo de cada meta; por lo tanto, un proyecto de esta magnitud requiere que todos los actores comprendan su alcance y dimensionamiento.

Así mismo, la gerencia requiere de un sistema de evaluación con indicadores claros, que le permita conocer el avance, las posibles desviaciones del trabajo asignado, el monitoreo del cumplimiento de las metas propuestas; todo esto sobre la base de una verdad incuestionable: lo que no se mide, no se controla, y lo que no se controla, no se mejora.

Las nueve plantas de producción industrial están a su vez enfocadas en el cumplimiento de metas que están incluidas en el Plan de Aseguramiento de la Calidad, con el fin de optimizar la producción y programar la compra de materia prima y la entrega del producto final; todo de una manera oportuna y eficiente.

En busca de la calidad

Se han realizado actividades y talleres de sensibilización y negociación con los responsables de cada etapa del proceso, con el propósito de obtener un documento validado y respaldado por ellos. Uno de los factores críticos de éxito es contar con funcionarios con una actitud positiva y con mentalidad de cambio, motivados y entusiastas, para resolver situaciones que se orienten a la mejora continua, con una metodología clara que genere cambios en la calidad de los servicios.

La tecnología, una aliada

El uso de la tecnología es fundamental para facilitar la tarea a los responsables en cada etapa del proceso. Es importante que la tecnología disponible sea amigable, ajustable e integrada, a su vez, a otros sistemas de información institucionales, con el fin de llevar el control, el monitoreo y la evaluación de los procesos.

La institución cuenta con el Siges (Sistema de Información para la Gestión de Suministros), el cual se ha venido implementando paulatinamente en los 29 hospitales y en las 104 áreas de salud, desde el año 2012. Este sistema permite dar trazabilidad al comportamiento de los inventarios, realizar pedidos electrónicos, reducir el uso de papel y los traslados, el uso del código de barras, que permite registrar el costo, el lote y el vencimiento de los inventarios.

Compras consolidadas y convenios marco

Indiscutible es el impacto que ha tenido la implementación de soluciones institucionales, tales como las compras consolidadas y el convenio marco, por cuanto se logra la obtención de economías importantes, tanto de escala como de tipo procesal, al unir necesidades en un solo trámite de adquisición. Con estas estrategias y con el uso del convenio marco administrado por el Ministerio de Hacienda, se han materializado ahorros significativos, así como la estandarización de las fichas técnicas, la homologación de insumos y la equidad en la atención, entre otros beneficios, tal y como se detalla en el siguiente cuadro:

Suministro	Ahorro estimado anual -millones de colones-
Bombas de infusión	900
Carnes de res y cerdo	100
Medicamentos	323,2
Guantes no látex	104
Total	1427,2

Fuente: Gerencia de Logística.

En solamente esos tres proyectos se tienen materializados más de mil millones de colones en ahorros. Se ha continuado con nuevos proyectos de compra; en este momento hay 15 proyectos de compra en proceso, con proyecciones en ahorros favorables para la institución.

La implementación de estos procesos de compra requiere de un trabajo en equipo de varios especialistas en medicina, enfermería, farmacia, nutrición, laboratorio clínico, derecho, expertos en contratación administrativa, entre otros; que generan un producto final que contempla las condiciones cartelarias, financieras, legales, funcionales y de ejecución contractual. El trabajo es un esfuerzo de múltiples disciplinas que ya genera ahorros importantes, por lo tanto, continuamos sobre esa línea con el objetivo de ser más eficientes y oportunos, con personal capacitado y organizado para tal fin.

Además, con la adquisición de medicamentos mediante la negociación conjunta de precios y compra de medicamentos para los países de Centroamérica y la República Dominicana (Comisca), la institución ha obtenido ahorros por aproximadamente 4000 millones de colones, durante el período 2015.

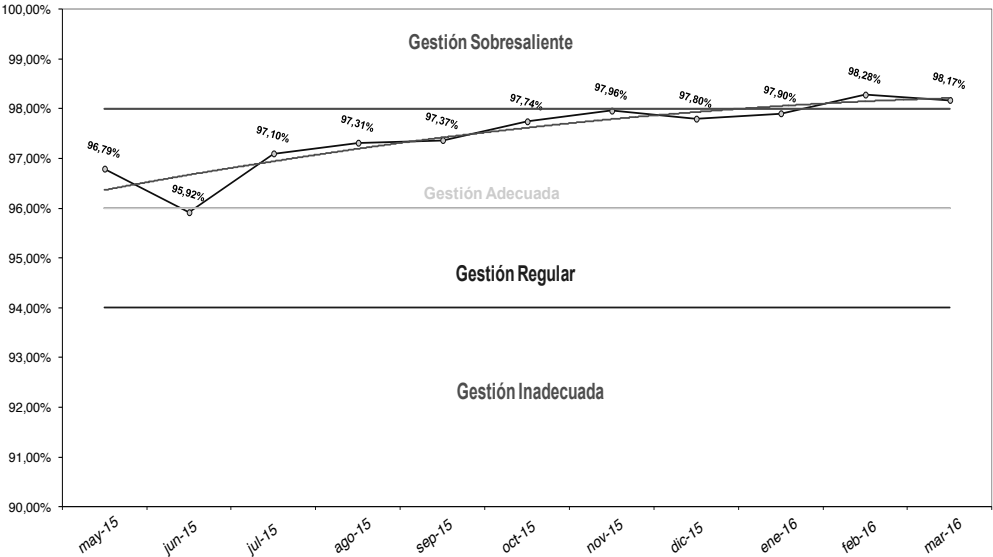
Compras electrónicas

La gerencia ha utilizado la plataforma electrónica CompraRed. De las compras adjudicadas se registra un ahorro estimado de 3750 miles de millones de colones, generados principalmente por las diferencias de precios. Además, con la implementación de los convenios marco, se ha registrado un ahorro de 586.95 millones de colones; información obtenida de los registros que del sistema electrónico administrado por el Ministerio de Hacienda.

Gestion de abastecimiento

Con respecto al índice de abastecimiento, en el gráfico n.º 1 se observa claramente el rango que mantiene. En este indicador se analiza tanto el nivel de inventario en el centro logístico (Almacén Central), así como los inventarios que tienen la proveedurías de los establecimientos de salud; esto ha permitido minimizar inventarios excesivos en la red, equilibrando el costo del mismo y la redistribución, en caso de ser necesario.

Gráfico n.º 1
Porcentaje de abastecimiento de insumos y medicamentos
mayo 2015-marzo 2016



Fuente: Subárea de Programación de Bienes y Servicios.

Como se puede observar en el gráfico anterior, el porcentaje de abastecimiento registra rangos de 95 % a más del 98 % de los insumos disponibles. Este dato puede ser impactado por incumplimientos, atrasos y declaratorias de infructuosidad y de desiertos. Con la implementación de un control preventivo, hemos logrado la atención de dichos eventos de manera más rápida y oportuna, logrando que los insumos, en su mayoría, no queden desabastecidos. Por supuesto, con la aplicación de las multas y el inicio de los procedimientos administrativos sancionatorios, según la regulación en esta materia.

El índice de rotación es de 3,28 veces al año, rotación que se encuentra dentro del rango permitido para una institución que invierte más de \$260 millones al año. Otro dato importante es que el porcentaje de vencimiento se encuentra muy por debajo de la referencia de indicadores planteados por los organismos internacionales, para la gestión de inventarios en el sector salud. El indicador internacional refiere un rango de 3 % al 5 % de vencimientos y, en el caso de la CCSS, en el año 2015 fue de 0.2 %. Estos datos evidencian que caminamos hacia el mejoramiento continuo, en busca de la eficiencia y de la oportunidad de losservicios.

Consideraciones finales

La gerencia tiene identificados varios retos importantes: optimizar el talento humano; ser eficientes y oportunos; brindar un servicio con enfoque de servicio al cliente, centrado en las personas; brindar calidad del servicio; utilizar soluciones de tecnología integrales para la cadena de abastecimiento; revisar el modelo de compras públicas; acercarse a los usuarios, para conocer sus necesidades.

La experiencia desarrollada en la Gerencia de Logística, le permite mantener una línea innovadora para generar cambios y fortalecer la eficiencia en los procesos que realiza, desde la planificación, formalización, ejecución contractual y administración de inventarios; así como en la producción de bienes y servicios de impacto a nivel institucional. Además, como valor agregado, trabajar en la simplificación y estandarización de estas etapas, que conforman la cadena de abastecimiento.

En su visión de mejora continua y de aporte de soluciones, la Gerencia de Logística ha coordinado con las unidades ejecutoras, en forma ordenada y estratégica, la implementación del Sistema de Información Gestión de Suministros (Siges), para lo cual ha brindado acompañamiento y asesoramiento en el uso de los módulos de pedido electrónico, inventarios y compras.

Estas mejoras conllevan la implementación de la firma digital, en procura de evolucionar de los expedientes físicos (papel) al expediente electrónico, almacenado en el mismo sistema de información; y, fortalecer la integración de la cadena de abastecimiento a nivel institucional. Se proyecta que para finales del 2016 se cuente con la firma digital.

Como valor agregado a la gestión y el control, se trabaja con un equipo intergerencial para estandarizar, normalizar y homologar la codificación interna de los servicios que conforman los establecimientos de salud de la red institucional. Esto permitirá la integración de otros sistemas institucionales, tales como EDUS, los sistemas financiero, de recursos humanos, el Siges y otros; de forma que se logre un nivel de costeo por servicio.

La visibilidad y trazabilidad de toda la cadena de abastecimiento en tiempo real, es uno de los principales objetivos. Esta conectividad permitirá ingresar los requerimientos de nuestras unidades ejecutoras en tiempo real; de tal forma que todas las funciones de la cadena de abastecimiento se integren en el Siges, relacionándose con los clientes internos y externos, en procura de mejorar el servicio y contar con información que impacte en la gestión. Esto con el propósito de obtener el máximo aprovechamiento de los recursos y transformar el tiempo en el factor de costo más importante. La idea es contar con una cadena de abastecimiento que se adapte a las necesidades actuales y a las futuras.

Por esa razón, trabajamos para lograr una organización inteligente con una estructura integrada para el desarrollo de habilidades y la adaptación al cambio. Para ello consideramos valores, hábitos, políticas, programas y sistemas que apoyen y aceleren el aprendizaje a nivel institucional.

Termino con una frase del himno de la Caja Costarricense de Seguro Social, que me inspira todos los días en mi trabajo: Somos fuertes soldados modernos de una hermosa función nacional, que protege a los hijos del pueblo ofreciendo el Seguro Social.

El nacimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social en 1941, durante el gobierno del doctor Rafael Ángel Calderón Guardia, es uno de los grandes hitos de nuestra Patria y fue el primer paso para desarrollar un sistema nacional universal, gratuito y solidario, un ejemplo para América Latina y para el mundo.

Hija de un proceso de diálogo político y social sin precedentes en la historia costarricense, la Caja, nuestra Caja, es el pináculo de la visión social de nuestro Estado solidario. También es, como tantas veces lo he señalado, la piedra angular de nuestra paz.

Gracias a ella, a la valentía y la visión de quienes la hicieron posible, tenemos hoy un sistema de salud de primer mundo. Nuestra responsabilidad, como costarricenses, es protegerla y fortalecerla, promoverla y modernizarla tomando medidas para que la CCSS continúe desarrollándose vigorosa, en favor de nuestra población más vulnerable.

Nuestra Caja late fuerte en el corazón de toda Costa Rica, en el corazón de nuestras familias. Es el sustento ético y moral del futuro que queremos para los y las costarricenses.

Guillermo Solís Rivera
Presidente de la República

CAPÍTULO VI

**Tecnologías en salud:
¿hacia dónde vamos?**

Nuevas tecnologías de información aplicadas a salud

Robert Fabricio Picado Mora

La seguridad social de Costa Rica, a través de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), ha sido un elemento diferenciador en el desarrollo del país; al lograr índices en la salud de la población, similares a los de países del primer mundo. Esa diferenciación ha permitido fomentar el desarrollo, luchar contra la pobreza y mejorar la calidad de vida de la población.

Las reformas sociales de los años cuarenta, la autonomía otorgada a la CCSS en la Constitución Política, la universalización de los servicios de salud, la obligatoriedad de cotización al seguro de salud, la eliminación de topes en los salarios para fortalecer el principio solidario, el traslado de centros de salud a la institución, la atención integral a partir de los años noventa, entre otras actividades; fueron acciones que fortalecieron la seguridad social en Costa Rica y que permitieron al sistema, mejorar los índices de salud que hoy disfruta la población.

Todo lo anterior establece retos en materia de tecnologías de información y comunicación (TIC), a fin de apoyar la planeación, la gestión y el control del sistema de salud; por lo que se plantean tres ejes para potencializar las TIC al servicio de la salud.

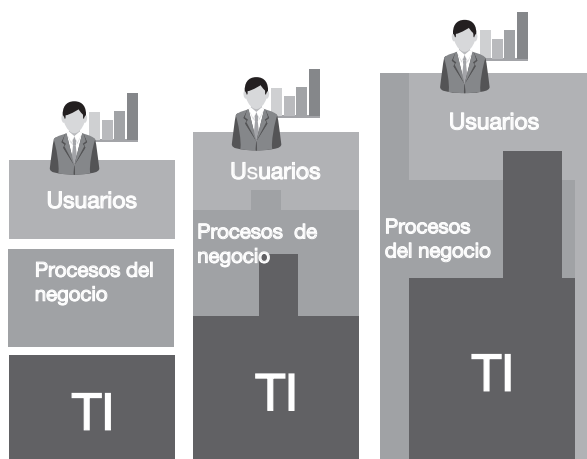
Accesibilidad de los servicios de salud a los usuarios a través de las TIC

Las tecnologías de la información pueden mejorar el acceso a los servicios de salud de la población, a través de herramientas tecnológicas y sistemas de información de salud. Con ese propósito se podrían establecer consultas en tiempo real a los registros electrónicos de los usuarios, el uso de canales de salud, el manejo de la telemedicina y el acceso directo a servicios a través de dispositivos móviles.

Al respecto, ¿qué herramientas podrían ser utilizadas para lograr esa accesibilidad de los servicios de salud?

Previo a responder a esa pregunta, es importante indicar cómo ha evolucionado la tecnología al servicio de los usuarios, lo cual se muestra en la imagen siguiente:

Integración de TIC a los Procesos de la Organización



En la primera columna se visualiza la tecnología operando de manera independiente de los servicios de salud y de los usuarios. Posteriormente, evolucionó y se integró a los servicios de salud; sin embargo, mantuvo una interacción mínima con el usuario. Finalmente, con la llegada de la internet, el fortalecimiento de las telecomunicaciones y el ingreso de la telefonía móvil, la tecnología se convirtió en un instrumento para que los usuarios accedieran a los servicios de salud.

En el caso de los servicios de salud, se destacan las siguientes tecnologías de información al servicio del usuario:

- Registros de salud electrónicos: corresponde a los datos automatizados del historial clínico de un usuario, incluyendo diagnósticos, información de exámenes de laboratorio, valoraciones, imágenes, gráficos y otra información sobre su estado de salud a lo largo de su vida.
- Dispositivos móviles: es un tipo de computadora de tamaño pequeño, con capacidad de procesamiento, conexión a internet, memoria y diseñado para realizar diversas funciones. Algunos dispositivos móviles pueden ser los teléfonos inteligentes, las tabletas, las computadoras portátiles, los relojes inteligentes, entre otros.
- Telemedicina: la Organización Mundial de la Salud¹ la define como la distribución de servicios de salud en sitios donde la distancia es un factor crítico, por lo que los profesionales de la salud usan tecnología de comunicaciones para el intercambio de información válida para el diagnóstico, tratamiento y prevención de enfermedades o daños; y para la investigación, evaluación y educación continua de los proveedores de salud pública; todo ello en interés del desarrollo de la salud de cada individuo y de su comunidad.
- Drones: la creación de drones constituye una de las revoluciones tecnológicas más representativas del siglo XXI. Son dispositivos aéreos de distinto tamaño que no tienen la necesidad de ir tripulados. Con sus sensores, mecanismos de geolocalización y cámaras, se han ido incorporando en la vida cotidiana. En el sector de la salud también se viene desarrollando

1 Nader Ch. Karim. 2011. ¿Qué es la telemedicina?. En: El Hospital. En línea: <http://www.elhospital.com/temas/Que-es-la-telemedicina+8082249>

esta tecnología, ya que los drones podrían suponer un gran apoyo logístico a los profesionales en la Salud, tales como entrega de medicamentos, programas de vacunación, apoyo en las visitas de los equipos ATAPS y otros.

- Canal de salud: el canal de salud es un medio a través de la web que implica una serie de programas para favorecer el involucramiento de la ciudadanía en el cuidado de su salud. Se trata de un portal de salud con contenidos basados en la evidencia científica y avalados por las autoridades de salud. Este portal incorporaría el conocimiento y la experiencia del sistema de salud y estaría abierto a la participación de todas las personas. Los contenidos serían dirigidos tanto a los profesionales de la salud como a la ciudadanía; en este último caso, para que cuide mejor de su salud y pueda prevenir la enfermedad.

Como se indicó anteriormente, la combinación y el uso de las anteriores tecnologías puede mejorar el acceso a los servicios de salud. Disponer de un registro electrónico va a permitir, en un corto plazo, que a través de aplicaciones diseñadas para dispositivos móviles, los usuarios accedan al expediente electrónico que incluye su historial clínico o visualicen el resultado de un examen de laboratorio o del servicio de radiología.

Ese acceso permitirá al usuario disponer de información sobre su condición de manera inmediata, disminuyendo tiempos en los servicios de salud, ya que se automatizan los componentes de atención. Por otro lado, se disminuirán las gestiones presenciales, como obtener una cita médica, solicitar un examen de laboratorio o un servicio de radiología, ya que a través de las aplicaciones móviles se realizaría la gestión, con lo que mejoraría la accesibilidad a los servicios de salud.

Poner a disposición de los usuarios la telemedicina, a través de las comunicaciones unificadas, permitirá realizar consultas médicas en línea. Esto se, complementaría con los servicios de telemedicina que ya se prestan, para acceder a servicios especializados en zonas rurales y de difícil acceso. También sería un instrumento útil para la prestación de servicios a personas con discapacidad, cuyo traslado se les dificulta.

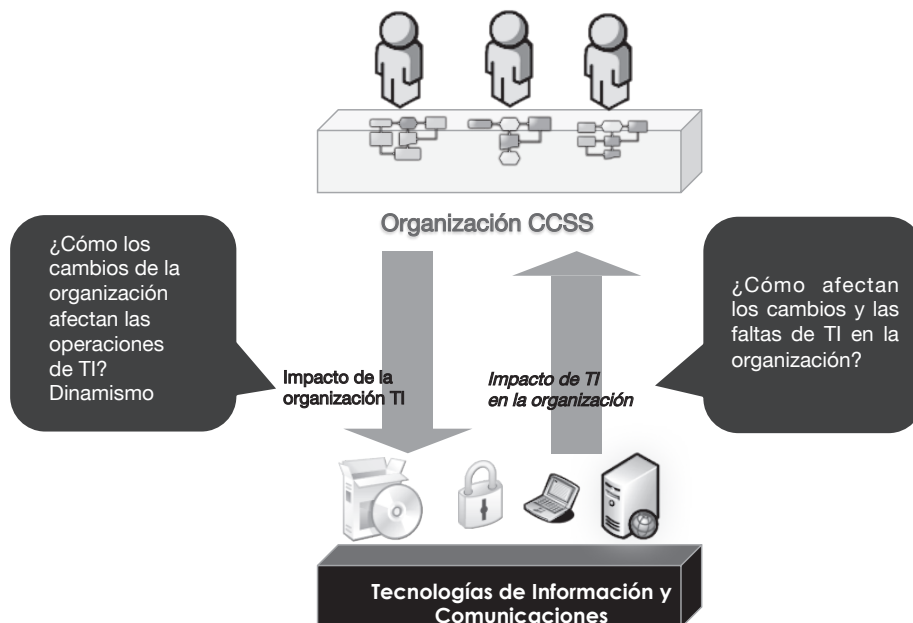
En esa misma línea, y con el objetivo de mejorar el acceso de los servicios de salud a los lugares que por su condición geográfica se dificulta el ingreso, los drones serían elementos cada vez más comunes para la entrega de medicamentos y otros insumos médicos. Países con un ingreso per cápita mucho menor que el de Costa Rica están utilizando este tipo de tecnología; tal es el caso de Ruanda, donde el gobierno está implementando un proyecto piloto para que por medio de drones se trasladen y realicen tratamientos contra la rabia, en áreas remotas del país.

Finalmente, para concluir el apartado de accesibilidad de los servicios de salud y como un punto no menos importante, se encuentra el canal de salud, el cual se convertirá en una herramienta cotidiana de los usuarios para interactuar con temas de salud de interés más personal. Estas herramientas permitirán personalizar los servicios de salud hacia la población según sus necesidades. En ese sentido, temas sobre el cuidado de la salud como la importancia de una dieta equilibrada, el ejercicio o temas específicos de enfermedades crónicas, serán abordados y se dispondrá de información sobre los mismos en ese canal. Es importante que el dinamismo y la interactividad sean características elementales que permitan mantener el interés de los usuarios en esta herramienta y que la utilicen habitualmente.

Infraestructura tecnológica al servicio del sistema de salud

Brindar servicios de salud basados en tecnologías, requiere que la infraestructura tecnológica sea robusta para soportar y garantizar la continuidad de esos servicios. Al respecto, la siguiente imagen ilustra los componentes que deben existir en la infraestructura de TIC, para apoyar adecuadamente los servicios de salud:

El primero corresponde al dinamismo en la infraestructura para que se ajuste a los cambios institucionales; el segundo, a la necesidad de una infraestructura robusta, que garantice la continuidad de los servicios. A continuación se describen los componentes en la infraestructura tecnológica que deben ponerse al servicio del sistema de salud:



- Servicios en la nube: la tecnología de nube engloba una tendencia de hardware y software, en la que todos los servicios prestados a los computadores se hacen directamente desde internet, por lo que no se requiere que de manera local se disponga de un gran centro de datos con distintos servidores para almacenar las bases de datos; pues todas las acciones se ejecutarán directamente desde los servidores del proveedor de servicios de nube. El servicio en la nube tiene las siguientes ventajas:
 - El prestador del servicio se encarga de todo: asignación de recursos, mantenimiento, mejoras y actualizaciones.
 - Movilidad y disponibilidad: El usuario se beneficia de la continua disponibilidad de sus datos. En cualquier momento o lugar puede tener acceso a los datos, solo con disponer de un computador conectado a la internet.
 - Ahorro: las empresas no tienen que invertir en comprar y mantener servidores y software. Con el servicio en la nube se alquila un determinado servicio y se paga por lo que se consume.

- Rapidez: la nube permite acceder a las aplicaciones y servicios sin tener que descargarlos; así, las empresas ganan velocidad en la implantación de los proyectos.
- Internet de banda ancha: consiste en accesos a la internet con una mayor velocidad, superior a los servicios brindados en la actualidad; lo que permitiría acceder a los servicios de TIC con una mayor rapidez.

Disponer de una infraestructura tecnológica en la nube, permite enfocarse mucho más en apoyar el sistema de salud, dejando de lado actividades que conlleva la administración de la infraestructura. Cambios que se realicen en el sistema de salud como la incorporación de nuevos servicios, permitirán adaptarse de una manera muy dinámica; por otro lado, se garantiza la continuidad de los servicios, dada la fortaleza que estos componentes brindan en los servicios de TIC.

Finalmente, la incorporación de internet de banda ancha permitirá establecer los canales de comunicación adecuados para acceder a la información en la nube, considerando las bases de datos, las imágenes y los videos. La banda ancha da una gran capacidad de procesamiento para convertir los datos en información y esta en conocimiento.

Inteligencia de los servicios de salud para mejorar los servicios

Se tendría a disposición una ágil y robusta infraestructura, con una gran cantidad de información almacenada de forma estructurada y no estructurada; por lo que se deberá convertir esos datos en conocimiento que le permita al seguro de salud tomar las mejores decisiones en cuanto a las inversiones, de forma que mejore el impacto en la salud de los usuarios.

En definitiva, el big data es el componente que se requiere para apoyar desde las tecnologías, las necesidades que tiene el sistema de salud en la toma de decisiones para optimizar los recursos. La información procesada en el big data no solo se obtiene del expediente electrónico, sino también de otras fuentes como la del genoma humano y, en un futuro, de sensores de monitoreo, como relojes, dispositivos móviles o chips incorporados en el organismo.

Big data es la gestión y análisis de enormes volúmenes de datos, que no pueden ser tratados de manera convencional, pues superan los límites y capacidades de las herramientas de software habitualmente utilizadas para la captura, gestión y procesamiento de datos.

Este concepto engloba infraestructura, tecnología y servicios que han sido creados para solucionar el procesamiento de enormes conjuntos de datos estructurados, no estructurados o semiestructurados (mensajes en redes sociales, señales de móvil, archivos de audio, sensores, imágenes digitales, datos de formularios, correos electrónicos, datos de encuestas, logs, etc.) que pueden provenir de sensores, micrófonos, cámaras, escáneres médicos o imágenes.

El objetivo del big data, al igual que los sistemas analíticos tradicionales, es convertir el dato en información que facilite la toma de decisiones, incluso en tiempo real. Sin embargo, más que una cuestión de tamaño, es una oportunidad de negocio. Las empresas ya están utilizando el big data para entender el perfil, las necesidades y el sentir de sus clientes respecto de los productos o servicios que ofrecen.

Los nuevos avances en sistemas electrónicos ultrafinos impresos sobre una réplica de la piel, como tatuajes electrónicos, podrían ser un elemento efectivo para realizar un seguimiento de la salud y de las curaciones realizadas cerca de la superficie de la piel.

Según las investigaciones realizadas, estos microsistemas conformados por electrodos y sensores ultrafinos, en combinación con pequeños sistemas de energía y comunicación inalámbricos, podrían adherirse a la superficie de la piel y registrar y transmitir medidas electrofisiológicas para fines médicos.

En el caso específico del big data al servicio de los sistemas de salud, este permite analizar de manera integral información de diversas fuentes como el expediente clínico electrónico, la establecida en el genoma humano y los datos que se pudieren obtener a través de dispositivos de monitoreo, como relojes y teléfonos inteligentes, sensores electrónicos y otros.

Estas tecnologías permitirán monitorear los sistemas de salud de una manera integral y, a la vez, personalizada; lo que permitirá que los recursos del sistema se inviertan de manera más eficaz y eficiente, mejorando el impacto en los indicadores de salud de la población.

Las innovaciones médicas y la relación de los profesionales de la salud con los pacientes

*Cada uno es un espejo que refleja el otro al pasar.
Shakespeare(Hamlet).*

Ana Rodríguez Allen

Imagine usted una conversación telefónica entre dos amigas; una de ellas se queja de molestias gastrointestinales, la otra le pregunta si ha llamado al médico ante lo cual la doliente responde: “No, lo he buscado en internet, ya sé lo que tengo, me lo aclaró todo el avatar Da Vinci”.

Lo anterior nos permite hablar de cómo las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) se han convertido en una fuente de asistencia médica —artificial— para la ciudadanía, en países de altos ingresos. Obviamente, todo ello apunta hacia una redefinición del encuentro cara a cara entre el paciente y el médico, y a la implicación humana en la práctica clínica. Médicos, genetistas, bioinformáticos, ingenieros y filósofos vienen anunciando, desde hace años, un cambio de paradigma en los servicios a los pacientes.

La inconfundible consulta privada, donde el médico tiene toda la potestad de la información, pasará —afirman los expertos— a manos del paciente, quién ejercerá el control de su propia salud. Si esto llegara a ser así en el ámbito privado, también será diferente en el espacio público. Hoy, el escenario en que se da dicha interacción, es un centro de salud en el que hay un equipo de trabajo y en donde, hasta ahora, el médico es *uno entre muchos* y está sujeto a las limitaciones de la institución sanitaria y a la interacción con otros profesionales de la salud. En relación con esta temática, el físico teórico Stephen Hawking (2014) afirmó que en pocas décadas “los seres humanos, que son seres limitados por su lenta evolución biológica, no podrán competir con las máquinas, y serán superados”.

Sin embargo, hay detractores de esta tesis. A pesar de que se habla de la profunda interconexión económica, cultural o biotecnológica, entre los países del mundo; los países pobres no pueden competir en igualdad de condiciones, en la obtención de tecnología y en las posibilidades que esta ofrece. Lo anterior debido a su coste, sus posibles fallos o porque se considera que reduce el valor del juicio crítico del profesional de la salud. Otros afirman que no se trata de sustituir a dichos profesionales por máquinas, sino de reorientar la medicina, así como de redefinir nuevas capacidades y perfiles del personal de salud. De hecho, desde hace varios años se han incorporado las TIC en las distintas dependencias del Ministerio de Salud. Por ejemplo, el Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (Sinavis), que proporciona información en línea vía web; así como el expediente digital (expediente-paciente), aunque permanezca limitado solo a la atención primaria y no a la hospitalaria. En opinión de la médica Ilse Cerda (2016), la ventaja del expediente digital es la rápida integración de datos clínicos e inferencia diagnóstica, en comparación con la entrevista tradicional. Son muchos los datos que se incorporan en el expediente del paciente: prescripciones de fármacos, radiografías, chequeos, análisis clínicos, intercambio de información entre los diferentes niveles de atención, etcétera. El equipo de salud o el médico pueden tener acceso al expediente vía internet, para monitorear al paciente a larga distancia (como en el caso de pacientes ancianos); esto elimina procesos burocráticos enmarañados

y hace que se gane tiempo y que haya mayor eficiencia y mejor atención a los usuarios.¹ Sus críticos consideran que los costos son elevados a la hora de capacitar al personal de salud, que hay ausencia de infraestructura apropiada y que existe la posibilidad de vulnerar la confidencialidad de los datos. Todo parece indicar que la introducción de las nuevas tecnologías médicas y los dispositivos electrónicos personales, está cambiando la relación médico-paciente de manera irreversible.

Pero, antes de continuar en esta idea, recorramos brevemente las principales reflexiones de las últimas décadas, sobre la relación médico-paciente.

Desde finales de la década del cincuenta, se ha escrito mucho acerca de la relación médico-paciente, empezando por las reflexiones elaboradas por los médicos Thomas Szasz y Marc Hollander (1956: 586), en su famoso artículo titulado “Una contribución a la filosofía de la medicina: los modelos básicos de la relación paciente médico”. Según estos autores, existen tres tipos de atención: activa-pasiva, orientación-cooperación y participación mutua. La primera es el modelo clásico, no hay interacción y la relación es vertical, el paciente es infantilizado, pues el médico no solo actúa como agente técnico sino como agente moral. Esto significa, en la tradición hipocrática, que el médico sabe lo que es bueno para el paciente y que este debe aceptarlo (Gracia, 1986: 15); aunque, como indican Szasz y Hollander (1956: 586), hay situaciones de urgencia en las que la enfermedad es grave y el paciente se encuentra en tal estado de vulnerabilidad, que no le es posible tomar decisiones y, por ello, dichas decisiones y el poder quedan relegados en manos del médico tratante. El segundo modelo, de orientación y cooperación, surge cuando el paciente sufre alguna enfermedad infecciosa aguda, como gripe. En este caso el paciente está enfermo, es consciente de su situación y colabora con el personal médico; además, ofrece información clave para la restauración de su salud y sigue las recomendaciones que le son indicadas. A pesar de lo anterior, el médico sigue manteniendo el poder con respecto a la toma de decisiones, como la relación de un padre con un adolescente. La última modalidad es la de participación mutua, la cual es entendida como un modelo democrático en el que el paciente se constituye en un agente moral autónomo. En casos de enfermedades de larga duración, como diabetes o afección cardiovascular, el paciente asume el control de su enfermedad con la guía del personal médico. La diferencia con los otros modelos es que, debido a su carácter crónico, las decisiones quedan en manos del paciente; este es quien se responsabiliza de tomar los medicamentos y continuar con las revisiones médicas (Szasz y Hollander, 1956: 587).

Con estos tres modelos, lo que querían mostrar Szasz y Hollander es cómo la relación médico-paciente se encuentra mediada por el tipo de enfermedad. Las dos primeras tipologías se enmarcan dentro del modelo biopsicosocial, que contempla al sujeto humano como objeto pasivo más que como individuo en acción. El tercer modelo tiene un problema que ya había sido señalado por Robert Crawford en el artículo “You are vangerous to your health: The ideology and Politics of Victim Blaming” (1977). Si bien es cierto que cada sujeto debe tener algún grado de responsabilidad en su salud, también es cierto que no es solo un fenómeno individual sino colectivo, puesto que la mayoría de las veces las verdaderas causas de la morbilidad humana son la contaminación ambiental, la polución, la escasez de alimentos, una nutrición inadecuada, la pobreza extrema, etcétera. Según Crawford, el argumento de la responsabilidad en la salud propia conlleva *victimización* y *culpabilización* de los enfermos en la producción de sus enfermedades, aunque las causas estén en otro lado. Crawford considera que la exhortación a cambiar el modo y estilo de vida para mitigar dolencias, oculta la intención de un ahorro en los servicios médicos por los costos exagerados y el alza permanente de las atenciones en salud.

1 En relación con este tema, el editorial del periódico *La Nación* (2016) afirma que la “casta funcional” [médicos, asistentes de médicos, enfermeras, choferes, guardas] se encarga de impedir el cambio, sea en materia de horas extras y disponibilidad como en la adopción del expediente electrónico, cuya aplicación incrementaría el control sobre el personal, los equipos y otros materiales”.

Volviendo al binomio médico-paciente, en los años sesenta y setenta, los movimientos contraculturales en EE. UU. y Reino Unido hicieron una crítica a las relaciones autoritarias en todos los ámbitos de la sociedad, incluyendo aquellas entre médicos y pacientes. Entre estos críticos destacan los escritos de André Helleger, Tom Beauchamps, James Childress, Francesc Abel, Diego Gracia, Miguel Kottow, Alberto Vasco Uribe, José Alberto Mainetti, entre otros; la mayoría de ellos médicos y filósofos. Ellos consideraban que las relaciones médico-paciente debían cambiar y empezar a reconocer a este último como capaz de tomar decisiones sobre su cuerpo y su vida. En su estudio de dicha relación, el psiquiatra y bioeticista Diego Gracia examina sus orígenes explicando que la cristianización de la filosofía griega y, por ende, de la ética tradicional médica, contribuyó a que esta se instituyera de manera vertical, monárquica (o absolutista) y paternalista. Según Gracia, la ética hipocrática concibe al enfermo como un incapacitado moral y físico, el enfermo (*in-firmus*) al no poseer capacidad de juicio “no puede ni debe decidir sobre su propia enfermedad” (1986:42); por ello necesita del médico, quien actúa sobre él como un padre con un niño pequeño, orientándolo y buscando su mayor bienestar. Pero, sin contar con su voluntad, ya que por principio es un *in-firmus* desprovisto de valor moral. En otras palabras, esta supuesta carencia necesita de la actitud paternalista, ya que se considera que el paciente no cuenta con la firmeza necesaria para mantener su salud. Esto significa, en palabras del médico colombiano Alberto Vasco Uribe, que la enfermedad está íntimamente relacionada con la noción de pecado y culpa: “Los pacientes piensan que los culpables de la enfermedad son ellos, por ‘de malas’ o por ‘malos’ y los médicos piensan que el culpable es un microorganismo o una *noxa* pero al fin y al cabo hay un culpable” (Vasco, 1987).

La proclamación de la bioética en los años setenta viene a cuestionar este patrón. Los enfermos ya no quieren ser tratados como súbditos infantilizados ni tampoco como pecadores, desean romper con ese vínculo de dependencia y ser autónomos. La bioética nace de la lucha por transformar la manera en la que interactúan médicos y pacientes, y toma como baluarte el reconocimiento del otro (enfermo) como sujeto de derechos.

Hay otro aspecto importante en las relaciones médico-paciente que debe ser tomado en cuenta y que muchas veces se deja de lado; tiene que ver con el ejercicio de la comunicación y con la capacidad de ambos de comprenderse. Varios factores entran en juego en esta relación: la formación profesional y académica, el nivel económico, la clase social y la autoridad personal. Para la mayoría de los autores (Quill, 1989) existe un bloqueo en la comunicación entre médico y paciente. Mientras la comunicación del médico es instructiva y predominantemente unilateral, la comunicación del paciente hacia el médico consiste en un compendio de quejas, con el agravante de que ambos interactúan en un espacio y tiempo que no posee condiciones adecuadas para romper con las murallas comunicacionales y psíquicas. Por ejemplo, el estudio de Ley (1985) muestra cómo la explicación de los médicos a los pacientes en la que se usa un lenguaje especializado “dificulta la memorización y comprensión de instrucciones por parte del paciente”; lo que excluye y acentúa más la distancia y la diferencia de estatus entre ambos. Los estudios de comunicación no verbal han mostrado que uno de los errores más frecuentes de los profesionales de la salud está en *no mirar al paciente o mirar más al computador y al teclado*; este tipo de actos provocan en el paciente sumisión, timidez, enojo, despersonalización, separación, etcétera. Se rompe la comunicación por las dos vías, por un lado no se transmite una información efectiva y clara para el paciente, porque este -por otro lado- está pensando que la información que aportó no es relevante para el médico (Ávalos, 2014). Dice el neumólogo Diego Saa (2008: 287) que es el médico quien determina el tipo de relación que se establecerá entre ambos:

La forma como se expresa un diagnóstico independiente de la gravedad del padecimiento, puede ser la declaratoria de una sentencia o una esperanza. Si el diagnóstico se comunica en términos que produzcan pánico y depresión, se agotarán los recursos del organismo para defenderse. Por el contrario, si la comunicación se realiza con afecto y calor humano generando esperanza, la reacción por parte del paciente será de aceptación y confianza.

Siguiendo esta línea de pensamiento, la endocrinóloga Linette Loría afirma que una comunicación fluida, sustentada en explicaciones claras y tranquilizadoras para los pacientes es esencial en el abordaje terapéutico (2016). Algunos médicos son muy buenos maestros y comunicadores, pero las médicas lo son más. Hay un vasto número de estudios de género (Ibáñez: 2008) que muestran las diferencias cuando un paciente es tratado por un hombre o por una mujer. Estos estudios evidencian que cuando los médicos varones evalúan su práctica y su encuadre terapéutico, suelen hablar de sus conocimientos y habilidades técnicas; mientras que las mujeres médicas dedican un poco más de su tiempo a apoyar emocionalmente al paciente, se muestran más receptivas y con más capacidad de escucha que sus colegas varones. Por ejemplo, en EE. UU. y en Inglaterra, una investigación “que reunió 26 estudios con 3000 médicos (hombres y mujeres) que trabajan en hospitales, mostró que el 76 por ciento prefería una doctora y el 34 a un doctor” (Martínez, 2002). Sin embargo, también estos estudios indican que, dependiendo del país, hay diferencias culturales con respecto a la percepción del paciente en relación con el género del médico tratante.

Si bien es cierto es fundamental al considerar la relación médico paciente, tener en cuenta factores como género, jerarquía académica y otros determinantes sociológicos; no es posible comprender la complejidad de esta relación si no incorporamos la institucionalidad. Dentro de esta, un factor fundamental, señalado por la psicóloga argentina Gabriela Manitta, es “la locura que engendran algunas normas, tales como aquella que pretende transformar la acción médica en una operación automática” (2005: 1). Con esto me refiero al acto médico que en las entidades públicas se circunscribe a un tiempo limitado (10 minutos por paciente para médicos generales y a 15 minutos para los especialistas).

En cuanto a la interacción médico-paciente o equipo de salud, el médico y filósofo alemán Karl Jaspers opina que esta relación empezó a deteriorarse cuando disminuyó la capacidad de discernimiento de los médicos. Tal disminución se da, según Jaspers, a las exigencias de planes de estudio diseñados para memorizar y no para reflexionar en diagnóstico o diferenciación de síndromes; todo esto, en especial, con el advenimiento de la tecnología médica.

En la época en la que Jaspers escribió *La práctica médica en la era tecnológica* (*Der Arzt im technischen Zeitalter*, 1958), ya era sorprendente el avance de la biomedicina. La mejor prueba era que enfermedades como las úlceras o la neumonía, que hacía un siglo podrían habernos llevado a la tumba, ya podían curarse con la ingesta de antibióticos y con otros cambios, como las medidas higiénicas. También empezaba a avizorarse, cada vez más en aquellos años, el auge de las especialidades médicas, en detrimento -según Jaspers- de la formación médica general; con esto se perdió la visión de conjunto del cuerpo humano y su entorno, por un conocimiento cada vez más detallado y fragmentado de aquel. El siguiente párrafo describe la preocupación de Jaspers (2009: 11-12) por la educación médica:

Los exámenes prueban cada vez menos la capacidad de discernimiento, que ya durante la enseñanza no se ejercita de manera alguna en corrección con la cantidad de los conocimientos. Existen hoy en día auténticas y grandiosas concepciones biológicas. Sin embargo, la tendencia general parece contraria. En todo el mundo se educa gente que sabe mucho, que ha adquirido particular destreza, pero cuyo juicio autónomo, cuya facultad para un sondeo exploratorio de sus pacientes son escasos.

Luego agrega: “La aparatización agosta la facultad de juicio, la riqueza del poder ver, la espontaneidad personal” (Jaspers, 2009: 12) o, en palabras de la cardióloga Yamilah Bouzid, la posibilidad de utilizar el olfato para tener una primera impresión sin mediaciones y seguir después con el protocolo (2016).

Inquieto por la calidad formativa de los médicos y el auge de las especialidades médicas en la década del sesenta del siglo pasado, Jaspers señala un deterioro en la *mirada clínica* para *saber descifrar situaciones* clínicas, por ello, explica que un médico:

No deja que el examen del paciente se diluya en una suma de los resultados de laboratorio, sino que es capaz de evaluar todo eso, aprovecharlo y subordinarlo. Concede vigencia a estos métodos diagnósticos en sus límites, pero no dejan que le hagan perder su juicio. Conoce las imponentes medidas terapéuticas modernas, pero sabe diferenciarlas dentro del rango de eficacia (Jaspers, 2009: 19-20).

En concordancia con las ideas anteriores, el médico cirujano Juan Jaramillo Antillón explica, en su libro *Historia y filosofía de la medicina*, que el acelerado auge del conocimiento científico-médico obligó a estos profesionales a dedicarse a una sola especialidad si se quería estar al día con los avances de la disciplina. Jaramillo expresa su punto de vista como sigue:

se ganó en conocimientos en un campo específico, pero se perdió la visión general de la Medicina que incluía el reconocimiento de los pacientes como personas y no sólo como enfermos. El especialista, a diferencia del médico familiar, tomaba como sujeto de estudio no a la persona sino a una parte de su cuerpo que sufría una patología particular (Jaramillo, 2005: 150).

Un poco más adelante prosigue:

Con el tiempo, en los servicios médicos de los sistemas nacionales de salud o en los seguros sociales, e incluso en los seguros privados, se vio la necesidad de volver a contar con el médico general, atendiendo a pequeñas poblaciones o barrios de una ciudad, ya el acceso directo de los pacientes a los especialistas y hospitales resultaba muy costoso pues la mayoría de las enfermedades eran simples y su diagnóstico y tratamiento era posible realizarlo con estos médicos a costo reducido (Jaramillo, 2005: 150).

Las observaciones de Jaramillo y Jaspers nos hacen preguntarnos sobre si la expectativa de los pacientes cuando acuden a consulta es la de un encuentro empático y confiado o tecnificado y distante. En otras palabras, nos alertan sobre como la hiperespecialización y la tecnología podrían ganar terreno en la práctica médica en detrimento de una medicina humanizada.

No quisiera concluir sin una reflexión sobre la formación médica que entrena a los estudiantes de medicina para que adquieran dos capacidades para el ejercicio de la profesión médica: el distanciamiento emocional del paciente y la capacidad de tolerar la incertidumbre (*Training for Uncertainty*), según la socióloga Renée Fox (1988:83). De la misma manera, la médica Nancy Angoff describe: “El estudiante aprende a través de la objetivación y la intelectualización de estas experiencias a distanciarse del dolor inicial causado por la ansiedad y el miedo” (2002: 447)².

Es importante analizar el currículum de las facultades de medicina para determinar si la manera en que son formados y seleccionados los médicos, pudiera convertir -a algunos de ellos- en insensibles a las necesidades psicosociales de los enfermos³. Resulta necesario preguntarse si uno de los objetivos de la formación médica es entrenar al futuro profesional para mostrar, frente a un paciente supuestamente incapaz de comprender su enfermedad, una imagen de competencia técnica sin fisuras, sin limitación

2 “The student learns through objectifying and intellectualizing these experiences to distance himself from his initial pangs of anxiety and fear”.

3 La idea de una reforma curricular en las escuelas de medicina no es nueva, ya había sido planteada por pensadores y pensadoras de la medicina como el Dr. Rodrigo Gutiérrez, el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, el Dr. Guido Miranda, entre otros, y, actualmente, la exministra de Salud, Dra. María Elena López.

en los conocimientos especializados y de actualidad. Si esto fuera así, iría en menoscabo de la relación médico-paciente pues, como afirma la jurista Patrizia Borsellino: “se deja de lado, que la falta de certeza en las decisiones clínicas y la naturaleza probabilística de cada afirmación diagnóstica y pronóstica, constituyen un serio problema para el consentimiento informado” (1999: 69). Se requiere tomar las consideraciones necesarias para que el uso de la tecnología no incremente una actitud impersonal y lejana hacia los pacientes, proyectando un espejismo de certeza, cuando la incertidumbre es un elemento constitutivo de la ciencia biomédica.

Referencias bibliográficas

Angoff, Nancy R. 2002. Making a Place for Emotions in Medicine. En: *Yale Journal of health Policy, Law and Ethics*. Vol.2 : Iss.2, Article 8, p. 447.

Avalos, Ángela. 2014. CCSS exige a los funcionarios mirar a pacientes a los ojos. En: *La Nación*. Costa Rica, 29 de junio.

BBC Mundo. 2014. Stephen Hawking: “La inteligencia artificial augura el fin de la raza humana”. 2 de diciembre. Consultado el 27 de mayo de 2016 de http://www.bbc.com/mundo/ultimas_noticias/2014/12/141202_ultnot_hawking_inteligencia_artificial_riesgo_humanidad_egn

Borsellino, Patrizia. 1999. *Bioética tra autonomía e diritto*. Milano: Zadig.

Bouزيد, Yamilah. 2016. Comunicación personal, 26 de mayo.

Cerda, Ilse. 2016. Comunicación personal. 10 junio

Cooper-Patrick, L. et al. 1999. Race, gender, and partnerships in the patient-physician relation. En: *Journal of the American Medical Association*. 282: 583-589.

Crawford, R. 1986. You are to your health. En: *International Journal of Health Services*. USA: vol.7, N.º 4, 1977.

Fox, Renée. 1988. *Essays in Medical Sociology*. New Brunswick y Oxford: Transaction Books.

Gracia, Diego. 1986. *Fundamentos de bioética*. Madrid: Eudeba.

Ibáñez, Francis. 2008. ¿Piensan y actúan de forma diferente las doctoras y los doctores de primer contacto? En: *PMFARMA*. Consultado el 8 de junio de 2016 de <http://www.pmfarma.com.mx/articulos/141-piensen-y-actuan-de-forma-diferente-las-doctoras-y-los-doctores-de-primer-contacto.html>

Jaramillo Antillón, Juan. 2005. *Historia y filosofía de la medicina*. San José, C. R.: EUCR.

Jaspers, Karl. 2009. *La práctica médica en la era tecnológica*. Barcelona: Gedisa.

La Nación. 2016. Incentivos en la Caja. 16 de junio. Consultado de http://www.nacion.com/opinion/editorial/Incentivos-Caja_0_1567243265.html

Ley, P. 1985. Doctor-patient communication: some quantitative estimates of the role of cognitive factors in non-compliance. En: *Journal Hypertens*, (suppl); 3 (1): 51-55.

Lorber, Judith. 1984. *Women Physicians: Careers, Status, and Power*. New York and London: Tavistock.

Lorber, Judith. 1993. Why women physician will never be true equals in the American medical profession. En: *Gender, work and medicine*. E. Riska and K. Wegar (eds). London: Sage.

Loría, Linnette. 2016. Comunicación personal. 1 junio.

Manitta, Gabriela. 2005. El malestar en la relación médico paciente. En: *Acta bioética*. Vol. 11 no (1). Universidad Nacional de Cuyo, Argentina.

Martínez, Olga. 2002. Prefiere doctor o doctora. En: *El Tiempo*. 1 de setiembre. Consultado el 27 de mayo de 2016 en <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/MAM-1383822>.

Miranda, Guido et al. 2004. *La construcción de la Seguridad Social: Antecedentes de la enseñanza y práctica de la medicina*. San José, C.R.: Euned.

Morrison, MF. 1998. Obstacles to doctor-patient communication al the end of life. En: *End-of-Life Decisions: A Psychosocial Perspective*. Steinberg MD y Younger SJ, eds. Washington, D.C. y London: American Psychiatric Press. 109-136..

Ortiz Guier, Juan Guillermo. 2001. *Epopeya ramonense: parte de la odisea de San Ramón en el siglo XX*. San José: Mirambell.

Quill, TE. 1989. Recognizing and adjusting to barriers in doctor-patient communication. *Ann Intern Med*. 111 (1).

Rodríguez-Allen, Ana. 2013. Privatización de la salud pública en Costa Rica y América Latina. Heredia, C.R.: EUNA.

Saa, Diego. 2008. Relación médico paciente. En: *Colombia Médica*, Vol.39, N.º 3, Jul.Set., 287.

Szasz, Thomas y Hollander, Mark. 1956. A Contribution to the Philosophy of medicine: The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship. En: *A.M.A. Archives of Internal Medicine*. Vol. 97. Mayo. 585-592.

Vasco Uribe, Alberto. 1987. *Estructura y proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia.

Innovación tecnológica en los servicios de salud

Julia Li Vargas

La innovación ha sido una constante en la historia del ser humano. Su capacidad de pensamiento le permite desarrollar la creatividad y generar nuevas ideas. A ello se une la necesidad de buscar soluciones a los problemas cotidianos y su disposición a inventar nuevas formas de hacer las cosas, para mejorar sus condiciones de vida.

En el contexto histórico actual, caracterizado por una dinámica acelerada, la innovación se da a tal velocidad que muchas tecnologías vigentes hace unos meses, han sido superadas rápidamente.

La innovación está presente prácticamente en todas las áreas del conocimiento. La creatividad y la innovación, que en el pasado se consideraban propias de la investigación en los laboratorios de las universidades y en la empresa privada, actualmente son un imperativo para todas las organizaciones.

Del mismo modo que se ha modificado el trabajo aislado por procesos altamente interactivos y multidisciplinarios, con redes crecientes y diversas de colaboradores y participantes, instituciones y usuarios (OCDE, 2012). Todo esto propicia la explosión de una gran variedad de innovaciones.

Toda esta dinámica ha sido posible particularmente por las tecnologías de la información y las comunicaciones, que caractericen el tercer momento globalizador. Este fenómeno ha reducido el tamaño del mundo con medios de transporte más efectivos y baratos, así como con tecnologías de comunicación e información novedosas. El ágil acceso a las ideas de los otros permite su combinación, propiciando a su vez nuevas ideas, nuevas invenciones y el progreso tecnológico (Garicano, 2014).

La innovación se define como la incorporación de invenciones; es decir, como la aplicación de nuevas ideas, conceptos, productos, servicios y prácticas o tecnologías, con el fin de mejorar el desempeño de las organizaciones, de los procesos, de los bienes y servicios que se generan (Schnarch, 2014). Asimismo, esto tiene el propósito de crear nuevo valor para satisfacer nuevas necesidades o resolver las ya existentes de un modo diferente y novedoso (Lucía, 2015: 26).

De esta forma, una innovación es una nueva tecnología o una tecnología mejorada, en el entendido de que la tecnología se define, según Rammert (2001), como el “conjunto de herramientas hechas por el [ser humano], como los medios eficientes para un fin, o como el conjunto de artefactos materiales”. La tecnología también incluye “prácticas instrumentales, como la creación, fabricación y uso de los medios y las máquinas; incluye el conjunto material y no-material de hechos técnicos; está íntimamente conectada con las necesidades institucionalizadas y los fines previstos a los cuales las tecnologías sirven”.

En el ámbito de salud, una tecnología se comprende como la aplicación del conocimiento científico en los cuidados de la salud y prevención de la enfermedad (Kristensen y otros, 2009).

Para considerar una tecnología como una innovación, esta debe cumplir con tres características: 1. que sea novedosa; 2. que tenga un componente de aplicación; y, 3. que tenga un beneficio esperado (Kristensen y otros, 2009).

No obstante, si bien se espera que la innovación genere bienestar para las personas, no siempre ha tenido resultados positivos. Es por ello que la adopción de una nueva tecnología debe valorarse objetivamente, considerando sus implicaciones, en particular si se trata de servicios de salud.

Innovación en los servicios de salud

Desde la perspectiva de los servicios de salud, la innovación ha estado presente en la búsqueda de mejoras efectivas en su prestación con nuevas soluciones a viejos y nuevos problemas (Oteo y Repullo, 2003)

Las innovaciones en los servicios de salud no solo involucran tecnologías derivadas de procesos de investigación y desarrollo (I+D) (equipos o medicamentos, por ejemplo), como con frecuencia se cree. También hay innovaciones en cuanto a la organización, las cuales se manifiestan en los procesos de trabajo, en el desarrollo de nuevos servicios, en los sistemas de aprendizaje, en la toma de decisiones, en los mecanismos de comunicación y en las estrategias información, comunicación y mercadeo (Oteo y Repullo, 2003).

Algunos ejemplos de innovaciones en la organización de los servicios de salud, son los servicios de atención del dolor y cuidados paliativos, que tienen su origen en los años setenta en Inglaterra y que luego fueron extendiéndose a otros países. También está la hospitalización domiciliar, que pretende la atención compartida del paciente en casos agudos; y la cirugía mayor ambulatoria, que reduce la estancia hospitalaria del paciente, mejorando el uso de los recursos, generando mayor comodidad al paciente y reduciendo la posibilidad de adquirir infecciones intrahospitalarias. Todos estos modelos, si bien están asociados de alguna forma a elementos tecnológicos, también se trata de cambios en la organización de la gestión de los servicios, los cuales permiten una mayor eficiencia y uso de los recursos.

Por su parte, la telemedicina facilita la atención de pacientes a la distancia, aportando nuevas formas de trabajo vinculadas a las tecnologías derivadas de la investigación y el desarrollo; pero también ligadas a innovaciones en los procesos de trabajo y en la toma de decisiones operativas, que se dan en la atención de las personas en los servicios de salud.

Otro ejemplo de innovación en los servicios de salud, que se relaciona con aspectos organizacionales, son las herramientas que permiten la medición, la comparación y la elaboración de estrategias de calidad en los servicios de salud, mediante la vinculación de los tipos de pacientes o los casos que se atienden, con los costos de su atención. Estos sistemas empezaron a difundirse en la década de los noventa y son conocidos como sistemas para conocer la casuística de los hospitales o *case-mix*. Estos sistemas permiten una distribución efectiva de los recursos para la atención de los pacientes.

Asimismo, la medicina basada en la evidencia y la evaluación de tecnologías clínicas han sido innovaciones que han mejorado la toma de decisiones sobre la atención de los pacientes, al proveer información técnica, objetiva, comparada y que valora diferentes aristas, tales como costos, efectividad, seguridad y pertinencia, entre otros. Dichas innovaciones pretenden no solo un mejor uso de los recursos, sino también la introducción de tecnologías que ya han sido probadas, las cuales deben ser de calidad, seguras y efectivas para las patologías que se pretende atender.

Desde la perspectiva del paciente, las innovaciones deben tener como propósito mejoras en su salud o disminuir el dolor que le produce alguna enfermedad o padecimiento. Desde la perspectiva de los servicios de salud, los beneficios deseados son, generalmente, una mayor eficiencia de las gestiones internas o en la calidad de los cuidados al paciente (Lansisalmi y otros, 2003).

La innovación en los procesos está dirigida a la reducción de los costos, busca la sostenibilidad del sistema; la innovación en los productos está relacionada con la tecnología y los medicamentos, que, en la mayoría de los casos, conllevan mayores costos. Ambos aspectos, sostenibilidad e innovación, deben ser parte de la ecuación en la búsqueda de mejores servicios de salud (Nogueira, 2016).

Incorporación responsable de las innovaciones en los servicios de salud

La introducción de innovaciones tecnológicas en la atención de los servicios de salud, se ha incrementado en el presente siglo. Sin embargo, muchas de estas innovaciones han sido aceptadas con base en reportes anecdóticos de éxito, sin investigaciones formales que comprueben que no implican riesgos para el paciente o que tienen mayor efectividad que las prácticas convencionales (ACOG, 2006).

La inapropiada incorporación de nuevas tecnologías puede generar problemas éticos en cuanto a la seguridad del paciente, su autonomía y la efectividad del tratamiento; así como sobre los mismos sistemas de salud y las implicaciones de orden financiero que afectan a la sociedad en general.

El Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, 2006) apunta que la adopción prematura de una nueva tecnología, sin la adecuada evidencia que la respalde, puede generar problemas éticos, ya que se están recomendando procedimientos inefectivos que engañan al paciente, se induce al incremento de costos y se violenta la autonomía de los derechos del usuario, pues, de alguna forma, la persona está siendo parte del ensayo de una práctica clínica que más adelante se concluirá inefectiva. Un ejemplo que se menciona en este punto es el trasplante de médula ósea para el cáncer de mama (Farquhar y otros, 2005, citado por ACOG, 2006).

Asimismo, si se adopta una tecnología innovadora sin que haya investigación adecuada que la respalde, puede generarse un incremento en el riesgo en relación con la práctica convencional, sin que esto sea reconocido. De esta forma, la efectividad relativa, la seguridad y el rango de riesgo-beneficio de una práctica sobre otra, no podría determinarse, con lo que al cuerpo médico le sería difícil o imposible conocer con certeza la seguridad y eficacia del tratamiento innovador sobre el paciente (ACOG, 2006).

En el caso de servicios de salud, como el sistema que posee Costa Rica donde la solidaridad y la universalidad son sus ejes, el uso óptimo de los recursos reviste de una vital importancia. Es importante que además de la seguridad se valore la efectividad de las nuevas tecnologías a introducir y los costos iniciales de inversión y de operación asociados; velando siempre por la consolidación del sistema de salud en el tiempo, para las futuras generaciones.

Desde hace unas décadas atrás, todos los sistemas de salud en el mundo viven el incremento acelerado de los costos, que constituye un serio riesgo para su sostenibilidad y la cobertura de servicios con calidad. A partir de esta preocupación, Bodenheimer (2005) realizó una comparación de los costos per cápita en salud para los países con altos costos, mostrando su alto crecimiento en una década. Según este autor, el crecimiento en los costos es un efecto de varios factores.

En el siguiente cuadro se muestran las estadísticas en salud de la Organización Mundial de la Salud, para los países señalados por Bodenheimer en su estudio (2005). Se agrega las estadísticas para el caso de Costa Rica, con el propósito de hacer una comparación. Se muestra que la menor variación fue la de

Alemania, con un incremento entre el año 2000 y el 2011 de 67 %; y la mayor fue la de Noruega con 84,5 %. Costa Rica tuvo una variación de 143,7 %; es decir, creció un 70 % más de lo que varió el gasto per cápita en salud en Noruega, que fue el país de mayor crecimiento relativo.

Cuadro 1: Gasto per cápita en salud

País	2000	2011	% crecimiento
EEUU	4790	8467	76,7
Suiza	3239	5670	75,0
Noruega	3309	6106	84,5
Canadá	2520	4541	80,2
Alemania	2679	4474	67,0
Reino Unido	1830	3364	83,8
Costa Rica	510	1243	143,7

Fuente: OMS, Estadísticas sanitarias mundiales 2014, cuadro 7

De acuerdo con Bodenheimer, expertos economistas y analistas en políticas de salud consideran que la innovación tecnológica es uno de los factores más importantes en el crecimiento de los costos en los servicios de salud. Por ejemplo, el tratamiento del infarto agudo del miocardio, que pasó de estar el paciente internado una semana en la unidad de cuidados intensivos, con intervención farmacológica para el control del *shock* cardiogénico, el edema pulmonar y las arritmias; al tratamiento actual que consiste en terapia trombolítica angiografía, angioplastia o cirugía de *bypass* coronario, de mucho mayor costo no solo por los equipos, suministros y otros servicios de apoyo de alto costo, sino además por la intervención del recurso humano (Bodenheimer, 2005).

La innovación tecnológica se asocia con incrementos en los costos de los servicios de salud, aun cuando se trate de tecnologías con menores precios. Un ejemplo de esto es lo que ha sucedido a lo largo de la historia con los automóviles, los aviones y las computadoras (Aaron, 2002).

Lo anterior se debe, en parte, a que quienes realizan la investigación y el desarrollo de nuevas tecnologías cargan los costos de estas, y hasta los de las investigaciones fallidas, a los precios de las nuevas tecnologías. De esta forma recuperan la inversión, incluso en forma acelerada, antes de que otros competidores aparezcan con una tecnología sustituta. Esta práctica está permitida por convenios mundiales (acuerdos relativos a la propiedad intelectual y conexos ADPIC de la Organización Mundial del Comercio OMC), (Oxfam, 2006).

Asimismo, cada vez más las nuevas tecnologías vienen asociadas a otras tecnologías que las vuelven más complejas y más costosas. Un ejemplo se da con las tecnologías de imágenes clínicas, donde la computación y las tecnologías de información están ligadas a los equipos. Esto ha facilitado algunas funciones, pero ha incrementado la inversión inicial, pues los equipos son de muy alto costo y deben operar asociados a otros equipos conexos, como las computadoras, los centros de datos o una infraestructura robusta para el tránsito de datos. Además, los costos de mantenimiento son más elevados y su vida útil es radicalmente más corta; lo que implica que, en menor tiempo que en el pasado, los equipos deben ser sustituidos (Li, 2010, 2014 y 2013).

Otro de los factores que empujan la estructura de costos de los servicios de salud es el poder que tienen las empresas que venden bienes y servicios. Este poder de mercado, como lo apunta Bodenheimer (2005), se refiere a la capacidad de influir sobre una organización más que otras organizaciones.

Lo anterior obedece a las particularidades de este mercado, en donde los costos de ingreso, la sofisticada tecnología que se emplea para la producción y la alta inversión en investigación y desarrollo limitan el ingreso de otros competidores que puedan coadyuvar a la reducción de los precios. De esta forma, por ejemplo, en un mercado relativamente pequeño, en el que los proveedores son pocos o las tecnologías ingresan vinculadas a una o dos empresas representantes, los precios de los equipos y suministros son varias veces más altos que en otros países (Duarte y Li, 2015).

Asimismo, el acceso a información por parte de los usuarios genera grandes expectativas que inciden en la demanda de los servicios. Esta información muchas veces es facilitada por las mismas empresas que producen las nuevas tecnologías, sin que sea necesariamente objetiva y de calidad; y, sin que se reporte el beneficio o efecto real de las tecnologías sobre las personas (Relman, 1998) o que estén libres de riesgos.

Por otra parte, diferentes actores interesados, presionando por que se incorporen nuevas tecnologías, pueden retrasar la adopción de tecnologías efectivas. Por ejemplo, sobre intervenciones que ya se dan, pero sobre las cuales van apareciendo nuevos avances u otras tecnologías que no necesariamente den un aporte adicional importante, y se presione por el interés de que sean incorporadas (Stevens, Milne, Burls, 2003), o la mayor exposición de algunos problemas de salud sobre otros, solo por la tecnología que involucra y que sectores como la industria quieren que se adopte (Fernández, 2012), son factores que obstruyen la priorización y valoración de opciones que podrían tener impacto positivo sobre la atención de los pacientes (Márquez y Meneu, 2003).

Aunado a lo anterior, existen estudios que demuestran cómo la disponibilidad de nuevas tecnologías no reduce el uso de las anteriores. Por ejemplo, la mayor disponibilidad del servicio de resonancia magnética no reduce el uso del tomógrafo, ni la mayor disponibilidad de angioplastia hace que se disminuya la cantidad de *bypass* coronario (Baker y otros, 2003)

Otro factor que presiona la estructura de los costos de servicios de salud, es el uso de los servicios de hospitalización y emergencia por pacientes que requieren atención de alto costo, particularmente por enfermedades crónicas. Se apunta que el 10% de la población es responsable del consumo del 70 % de los gastos en salud (enfermedades isquémicas del corazón, cáncer, diabetes, hipertensión, condiciones pulmonares, desórdenes mentales y traumatismos; con frecuencia, estos pacientes presentan comorbilidad con tres o más enfermedades); mientras que el 50 % de la población, es decir, la población saludable, solo consume un 3 % (Berck y Monheit, 2001)

No obstante, los altos costos que se generan por las morbilidades complejas se derivan de las prolongadas hospitalizaciones, de las hospitalizaciones breves con uso intensivo de recursos o de la repetición de hospitalizaciones por la misma condición (Bodenheimer, 2005). Además, los errores en el tratamiento de los pacientes, así como en el uso inapropiado de las tecnologías, son condiciones que disparan los costos de la atención.

A pesar de esto, estas son condiciones que pueden minimizarse con guías de atención definidas a partir de evidencia científica relevante (Medicina Basada en la Evidencia MBE) y mediante el empleo de herramientas de evaluación de tecnologías en salud (ETS), en la toma de decisiones sobre las diferentes intervenciones en salud que se ofrecen.

Evaluación de tecnologías en salud (ETS) para la toma de decisiones

Los sistemas de salud han visualizado la necesidad de poner orden a la introducción de nuevas tecnologías que emergen cada vez más rápido, nuevas o mejoradas, no solo por sus posibles

implicaciones sobre los pacientes, sino por la presión que ejercen sobre la estructura de costos (Stevens y otros, 2003); pues, si bien las nuevas tecnologías constituyen un elemento esencial en la evolución de los servicios que prestan (Buglioli y Galán, 2002), también son uno de los más importantes disparadores de los costos en los sistemas de salud (Hwan y otros, 2005 y Bodenheimer, 2005).

Las grandes diferencias en el uso de las tecnologías en salud (Wennberg, 1994) es una prueba de que gran parte de la práctica clínica habitual carecía de evidencia sobre su efectividad (Relman, 1998). El impacto de las nuevas tecnologías sobre la estructura de costos de los sistemas de salud (Hwan y otros, 2005); la preocupación de los tomadores de decisiones y de quienes definen políticas de salud sobre las consecuencias de la introducción de tecnologías; y la presión por tomar decisiones lo más pronto posible (Dow y Vongeling, 2006); son factores que apuntan a la necesidad de ordenar la introducción de nuevas tecnologías, mediante la toma de decisiones fundamentadas técnicamente.

En esta tarea ha cobrado particular importancia la priorización de servicios y la valoración de la factibilidad y los costos, así como asegurar la calidad y la seguridad (Kristensen y otros, 2009); pues se trata de buscar una mezcla de servicios de salud, que permita el mejor uso de los recursos y el mayor impacto positivo sobre el estado de salud de la población que se cubre.

De tal modo, en las últimas décadas ha crecido el interés por institucionalizar la evaluación de tecnologías de salud (ETS), la medicina basada en la evidencia (MBE) y el análisis de costo efectividad. El uso complementario de estos principios o metodologías permitirá el acceso a una mejor información, a quienes deben tomar decisiones sobre los servicios de salud (Stevens y otros, 2003) y definir las políticas del sector.

La evaluación de tecnologías de salud (ETS) ha sido la opción que desde hace algunas décadas han tomado muchos de los países desarrollados y, más recientemente, países de América Latina. La ETS tiene como propósito dotar de información a los tomadores de decisiones y a quienes definen políticas sobre los servicios de salud; información que es producto de investigaciones de alta calidad sobre los costos, la efectividad o beneficios y el impacto de las tecnologías de salud (Stevens y otros, 2003).

Este tipo de evaluación (la ETS) es el proceso multidisciplinario que resume la información sobre los aspectos médicos, sociales, económicos y éticos del uso de las tecnologías de salud; de forma sistemática, transparente, imparcial y consistente. Su propósito es informar a los responsables de la toma de decisiones, a fin de que se definan políticas eficaces y seguras de salud, centradas en el paciente y se logre el mejor uso de los recursos y el mayor impacto positivo sobre el estado de salud de la población. Para esto, es básico que la información se fundamente en la investigación rigurosa y en el método científico (Kristensen y otros, 2009)

Hacia la CCSS centenaria: decisiones responsables ante la innovación tecnológica

Hace 75 años que nació la Caja Costarricense de Seguro Social. El entorno imperante era propio de un pequeño país en desarrollo, en donde las innovaciones tecnológicas aparecían esporádicamente y la decisión de introducirlas implicaba pocos retos.

Actualmente, Costa Rica, a pesar de mantener su condición de país en desarrollo, cuenta con un sistema de salud y un engranaje de instituciones sociales que, con menores recursos, ha logrado índices equivalentes a los de países desarrollados. No obstante, en este punto de logros de la institucionalidad del país y de la CCSS, el reto está en la sostenibilidad del sistema, para garantizar su vida saludable más allá de su septuagésimo quinto aniversario.

La institución se enfrenta a grandes retos en la introducción de nuevas tecnologías. Por una parte se espera que estas mejoren la atención a los usuarios y traigan consigo mejores condiciones de vida; y, por otra, constituyen una fuerte presión sobre la estructura financiera de la CCSS.

Además de todos los elementos antes mencionados, que son también fácilmente observables para la CCSS, otros factores inciden en la incorporación de nuevas tecnologías. El país contempla algunos elementos que vale mencionar, algunos de ellos son externos y otros son propios de la cultura organizacional.

Por una parte está la primacía de la perspectiva individual sobre la colectiva, la cual atenta contra el espíritu de la seguridad social. Esta visión individualista favorece la innovación tecnológica a cualquier costo, aunque sea en detrimento de las posibilidades financieras del sistema, del beneficio colectivo o de la efectividad del tratamiento innovador.

Por ejemplo, instancias como la Sala Constitucional han venido ejerciendo presión sobre la CCSS mediante lo que se conoce como “judicialización de la medicina”. En los fallos de la Sala se ha sobrepuesto el interés personal al de la sociedad, al acoger las demandas que pretenden la adopción de tecnologías que han sido rechazadas por los técnicos institucionales. Para ello se ha fundamentado en evidencias limitadas o que no se derivan de procesos sistemáticos de análisis para obtener información y que contemplen el impacto financiero, la sostenibilidad o la mejor distribución de los recursos.

En el ámbito interno, es necesaria la implementación de la evaluación de las tecnologías clínicas como un modelo sistemático para la toma de decisiones. Es fundamental que se valore la introducción de nuevas tecnologías en forma integral; es decir, que se considere la atención del paciente a lo largo de todo el proceso de atención de su problema de salud y no en forma fraccionada. Por ejemplo, no solo se debe considerar el tratamiento medicamentoso o el diagnóstico con el uso de imágenes clínicas, sino también la vinculación e integración de cada una de las atenciones que deberá recibir el paciente, desde la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Asimismo, esta toma de decisiones deberá proceder desde las altas autoridades, de forma que se garantice que la incorporación de una nueva tecnología se hará en toda la red de servicios y en los puntos donde corresponda y no sea producto de una iniciativa individual que beneficie solo a un pequeño sector de la sociedad. Esto, a su vez, va aunado al uso óptimo de los recursos, de modo que, si bien debe haber equidad en la atención, también debe observarse la concentración de tecnologías de alto costo donde corresponda.

La innovación tecnológica es necesaria para mejorar la prestación de los servicios de salud en beneficio de la población. No obstante, su incorporación debe basarse en la toma de decisiones técnico-científica que valore los aspectos éticos, la seguridad de las personas y de la sociedad y la sostenibilidad financiera del sistema; para así garantizar la consolidación y existencia del sistema, más allá de las generaciones que estarán celebrando la Caja centenaria.

Referencias bibliográficas

Aaron H. 2002. The unsurprising surprise of renewed health care cost inflation. En: *Health Affairs*. 23 de enero: W85-87.

Alejos CL. 2015. La innovación responsable: creación al servicio de todos. IESE Business Scholl, Universidad de Navarra. Cuadernos de la cátedra “la Caixa” de Responsabilidad Social de la Empresa y Gobierno Corporativo. 26.

- American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG. 2006. Innovative practice: Ethical guidelines. ACOG Committee Opinion. December (352): 1589-1595.
- Anderson N y otros. 2004. The routinization of innovation research: a constructively critical review of the state-of-science. En: *Journal of Organization Behavior*. 25: 147-173.
- Baker L y otros. 2003. The relationship between technology availability and health care spending. En: *Health Affairs*. 5 de noviembre:537-551.
- Banta D. 2009. What is technology assessment? En: *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 25(1): 7-9.
- Berck M y Monheit A. 2001. The concentration of health care expenditures, revisited. En: *Health Affairs*. 20(2): 9-18.
- Bodenheimer T. 2005. High and rising health care costs: Seeking an explanation Part I-IV. En: *Annals of Internal Medicine*. 142(10):142-143.
- Buglioli Bonilla M y Pérez Galán A. 2002. Evaluación de tecnologías de salud. En: *Revista Médica Uruguay*. 18: 27-35.
- Dow K y Vondeling H. 2006. Selection of new health technologies for assessment aimed at informing decision making: A survey among horizon scanning systems. En: *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 22(2): 177-183.
- Duarte M y Li J. 2015. Análisis sobre la incorporación de la neuronavegación en los servicios de neurocirugía de los hospitales del tercer nivel de atención. CCSS.
- Eun-Hwan O y otros. 2005. Determinants of the diffusion of computed tomography and magnetic resonance imaging. En: *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 21(1): 73-80.
- Farquhar C y otros. 2005. High dose chemotherapy and autologous bone marrow or stem cell transplantation versus conventional chemotherapy for women with early poor prognosis breast cancer. En: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Julio (3).
- Fernández C. (2012). Afrontar la muerte en ciencias de la salud. Tesis doctoral. Depto. Ciencias Humanas y Sociales-Universidad de Almería
- Garicano L. 2014. El futuro de la innovación: dos visiones. En: *El País*. 12 de octubre. En línea: http://economia.elpais.com/economia/2014/10/10/actualidad/1412960194_619653.html. Consultado el 22 de agosto de 2016.
- Hwan O. y otros. (2005). Determinants of the diffusion of computed tomography and magnetic resonance imaging. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 1 (21), 73-80
- Kristensen FB y otros. 2009. European network for Health Technology Assessment, EUneHTA: Planning, development, and implementation of a sustainable European network for Health Technology Assessment. En: *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. 25:Supplement 2; 107-116. Cambridge University Press.
- Lansilmi H y otros. 2006. Innovation in healthcare: a systematic review of recent research. En: *Nursing Science Quarterly*. Enero; 19(1): 66-72.

Li J. 2010. Propuesta de alternativas para el establecimiento del sistema de administración de imágenes digitales (PACS) como proyecto piloto en el hospital México. CCSS.

Li J. 2013. Estimación de los costos de digitalización de los servicios de imágenes médicas en 16 centros de atención de salud y la implementación del sistema de administración y comunicación de imágenes PACS. CCSS.

Li J. 2014. Valoración de cinco ofertas financieras para la digitalización de imágenes e implementación de PACS en el servicio de radiología del hospital México. CCSS.

Lolas Stepke F (editor). 2006. Ética e innovación tecnológica. Centro Interdisciplinario de Estudios de Bioética, Universidad de Chile.

Márquez S. y Meneu R. 2007. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Eikasía Revista de Filosofía. Vol. 2 Num.8. Enero en <http://revistadefilosofia.com/4Lamedicalizacion.pdf>

Nogueira F. 2016. Aspectos éticos de la innovación en salud en Portugal. En: *Revista Bioética*. 24(1): 83-90.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). 2012. La estrategia de innovación de la OCDE: Empezar hoy el mañana. México DF: OCDE y Foro Consultivo Científico y Tecnológico.

Oteo LA y Repullo JR. 2003. La innovación en los servicios sanitarios; consideraciones desde la perspectiva del Sistema Nacional de Salud español. En: *Revista Administración Sanitaria*. 1(2): 307-332.

Oxfam Internacional. 2006. Patentes contra pacientes.

Rammert W. 2001. La tecnología: sus formas y las diferencias de los medios. Hacia una teoría social pragmática de la tecnificación. En: *Scripta Nova: Revista de Geografía y Ciencias Sociales*. 15 de enero (80). Universidad de Barcelona.

Relman A 1998. Assessment and accountability: the third revolution in medical care. En: *N Engl. J Med*. 319(18): 1220-1222.

Schnarch, A. 2014. Desarrollo de nuevos productos: Creatividad, innovación y marketing, México, McGraw Hill

Stevens A y otros. 2003. Health technology assessment: history and demand. En: *Journal of Public Health Medicine*. 25(2): 98-101.

Wennberg J. 1984. Dealing with medical practice variations: a proposal for actions. En: *Health Affairs*. 3(2): 6-32.

Sobre el genoma humano, la medicina personalizada y el sistema de seguridad social

Henriette Raventós Vorst
Javier Contreras Rojas
Gabriela Chavarría Soley

La promesa del proyecto del genoma humano (PGH) fue que iba a transformar radicalmente la práctica médica. Cambiaría el paradigma de “diagnóstico y tratamiento” por el de “predicción de riesgo y prevención”. Hace más de una década que se publicaron sus resultados y, aunque aún algunos esperan que esto se cumpla en un futuro cercano -principalmente desde las compañías biotecnológicas-, la mejor política pública seguirá siendo, por el momento, la modificación de las condiciones de vida de los ciudadanos, o lo que algunas personas llaman “hábitos saludables”¹.

En este ensayo vamos a iniciar con una explicación de los conceptos genéticos básicos, un recuento de los avances en nuestro conocimiento sobre el genoma humano y algunos de sus potenciales usos en la práctica clínica. Todo esto para finalizar con una reflexión sobre la importancia de definir en nuestro sistema de seguridad social, políticas públicas en investigación y atención de la “medicina personalizada”.

Conceptos de genética

Se acepta que las características humanas, incluyendo talla, peso, coeficiente intelectual, personalidad, enfermedades, son el resultado de sus genes y el ambiente interactuando de formas complejas. Esta compleja interacción se inicia desde que se forman los gametos en el embrión del padre y de la madre de ese individuo, durante el embarazo de ambas abuelas.

Hay genes, entonces, que interactúan entre sí y con el ambiente, para que los seres humanos, a menos que ocurra un error, desarrollen piernas, brazos, cerebro, corazón y así todo el plan corporal, durante el desarrollo embrionario. También se han descrito genes, llamados de efecto mayor, que cuando tienen alguna mutación que altera la función o cantidad del producto que codifican, sea un ARN funcional o una proteína, determinan que este individuo presente una enfermedad genética mendeliana (porque siguen las leyes de herencia descritas por Mendel) que puede ser: (a) dominante, si con solo una copia del gen se presenta la enfermedad, (b) recesiva, si son necesarios ambos alelos mutados (paterno y materno) o (c) ligada al X, cuando es transmitida por la madre a sus hijos varones. Estas mutaciones son poco frecuentes en la población general y algunas de estas condiciones son incluidas en el programa de tamizaje neonatal.

1 Nosotros preferimos denominarlo “condiciones de vida”, pues más que de la voluntad personal para modificar un hábito, depende fundamentalmente de la existencia de políticas públicas de reducción de la pobreza, buenas condiciones laborales, vivienda digna, transporte adecuado, acceso a la educación, buena nutrición durante la infancia temprana, lugares para la recreación, entre otros.

Las características y enfermedades de herencia compleja, no siguen un patrón de herencia mendeliano. Entre ellas podemos mencionar las cardiopatías, el cáncer, los trastornos mentales y la diabetes *mellitus* tipos 1 y 2. Sabemos que los genes participan en la causalidad de estas condiciones, por los estudios que muestran lo siguiente: (a) el riesgo de la condición es mayor en unas familias que en otras; (b) la concordancia de la condición es mayor en gemelos idénticos que en dicigóticos; y (c) el riesgo de la condición es mayor en la familia biológica que en la adoptiva.

Estos genes contienen polimorfismos o mutaciones que por estudios poblacionales se asocian a un incremento en el riesgo de tener una enfermedad. En general, son polimorfismos comunes en la población general y la persona que los tiene presenta un riesgo ligeramente mayor para la condición. Son necesarios otros factores genéticos, ambientales y azarosos. Estos polimorfismos o variantes genéticas comunes son de efecto menor, a diferencia de las variantes raras de efecto mayor en las enfermedades de herencia mendeliana. En algunas de estas enfermedades de herencia compleja, hay subtipos poco frecuentes que son causados por mutaciones raras en un gen de efecto mayor, por ejemplo, demencia de Alzheimer por mutaciones en APP, PSEN1 y PSEN2 (1-6 % de los casos) y cáncer de mama por mutaciones en BRCA1 y BRCA2 (5-10 % de los casos).

El abaratamiento de las técnicas moleculares y la información generada en el proyecto del genoma humano, han permitido describir las mutaciones en la gran mayoría de las enfermedades mendelianas, incluyendo las presentes en los subtipos mendelianos de enfermedades complejas. Además, se han descrito cientos de polimorfismos asociados a un riesgo mayor de presentar enfermedades complejas, algunos identificados en nuestros estudios de psiquiatría genética. Estos avances han llevado a la proliferación de compañías que ofrecen hacer millones de marcadores genéticos o incluso secuenciar el genoma completo, para dar un estimado de riesgo a diferentes enfermedades, como parte del cambio de paradigma que se prometió con el PGH: “predicción de riesgo y prevención”.

Aplicaciones clínicas:

1. Marcadores genéticos predictivos o diagnósticos en enfermedades complejas

Los estudios genómicos han encontrado cientos de variantes genéticas asociadas al riesgo de diabetes *mellitus*, hiperlipidemias, esquizofrenia, enfermedad bipolar, artritis reumatoide y cáncer de mama, entre otras. En algunas de estas enfermedades, como la artritis reumatoide o la diabetes *mellitus* tipo 1, estas variantes explican más del 50 % de la heredabilidad de la condición. En la mayoría, estas explican apenas entre 5-10 % de la heredabilidad (Milani y otros, 2015). Esto sugiere que existen muchas otras variantes genéticas no identificadas, algunas de las cuales incrementan tan poco el riesgo, que su identificación requeriría estudios con muchos miles de personas; otras son tan raras que solo están presentes en muy pocas familias, y otras son mutaciones *de novo* (de aparición solo en la persona afectada).

La promesa de la medicina personalizada es que la combinación de variantes genéticas encontradas en las personas, se puede utilizar para predecir su riesgo a desarrollar diversas enfermedades. La situación actual es que existen pocos marcadores genéticos de utilidad clínica predictiva, con excepción de aquellos para las características mendelianas. Para estas, tendremos cada vez más pruebas para diagnóstico temprano y presintomático, diagnóstico de portadores, diagnóstico preimplantación y diagnóstico prenatal. Un ejemplo exitoso es el programa de tamizaje neonatal, mediante el cual es posible diagnosticar algunas enfermedades genéticas y prevenir sus complicaciones por medio de modificaciones dietéticas o de tratamiento temprano. Prevenir la transmisión de enfermedades genéticas mediante el diagnóstico preimplantación o prenatal, dependerá de las regulaciones nacionales.

En el caso de las enfermedades complejas, hay menos de 60 de ellas en las que se han descrito marcadores biológicos de efecto mayor, que tengan utilidad clínica predictiva (Green y otros, 2013). En algunos casos, la utilidad se limita aún a grupos particulares y no como prueba de tamizaje poblacional (tamizaje selectivo o de "alto riesgo"). Este es el caso en los genes BRCA1 y BRCA2. La búsqueda de variantes genéticas en estos genes, solo está indicada cuando existen antecedentes familiares importantes de cáncer de mama. Sin embargo, las compañías siguen ofreciéndolas, incluso para personas en las que no está indicada la prueba. Por esto es necesario mantenerse informado de los estudios que muestran su costo/beneficio, su utilidad y su validez clínica predictiva, antes de implementarlos en un sistema de seguridad social.

Incluso si contáramos con marcadores genéticos que expliquen un porcentaje importante de la carga genética, nos preguntamos si son necesarios para el cambio de paradigmas. Como ejemplo, el riesgo de desarrollar diabetes *mellitus* tipo 2 en los siguientes 10 años es de 4.2 a 8.0 % en obesos y de 0.2 a 0.9 % en personas no obesas (Burke y Korngiebel, 2015). En cada uno de estos casos, el valor inferior es para aquellas personas con bajo riesgo genético y el valor superior para personas con alto riesgo genético. Como se puede observar con este ejemplo, las personas no obesas de alto riesgo genético, tienen 4 veces menos riesgo que las personas obesas de bajo riesgo genético. Cada enfermedad o característica se comportará de forma diferente, pero si ya conocemos muchas de las condiciones de vida que aumentan el riesgo y son las que podríamos modificar con políticas públicas y cambios estructurales, ¿por qué necesitamos conocer los factores no modificables?, ¿por qué no buscar una mejoría en las vidas de todas las personas, con o sin riesgo genético no modificable?

2. Nuevos blancos terapéuticos

Si el PGH no ha servido para el diagnóstico de riesgo, ¿cuáles son sus posibles aplicaciones? ¿Por qué se buscan estos polimorfismos asociados a un aumento de riesgo tan bajo que sus posibles aplicaciones clínicas son despreciables?

Un avance importante es que nos permite conocer la fisiopatología de algunos de estos trastornos. La identificación de uno de los elementos - una enzima, un transportador, un factor de transcripción-, permite identificar toda una red de otras proteínas con las que interactúa. Es posible que esta información sirva para identificar nuevos blancos terapéuticos y profilácticos, que se basen en la información molecular, en lugar de los ensayos de prueba y error.

3. Epigenética

El estudio de la epigenética se ha disparado en los últimos años. La palabra epigenética quiere decir "por encima de la genética", y se refiere a cambios en la expresión de genes que son heredables en mitosis y que no alteran la secuencia del ADN. Existen, entonces, diferentes modificaciones epigenéticas que tienen la capacidad de regular en encendido, apagado y nivel de actividad de los genes. Tres de estas modificaciones son la metilación de ADN, las modificaciones de histonas y los ARN no codificantes.

La metilación de ADN es la marca epigenética que ha sido más estudiada y que mejor se comprende. La adición de grupos metilo a los promotores de genes, resulta en el silenciamiento o falta de expresión de esos genes.

Las histonas son las proteínas que están asociadas con el ADN en el núcleo, conformando la cromatina. Las modificaciones de histonas tienen un efecto sobre el nivel de condensación de la cromatina y, por lo tanto, sobre el nivel de expresión de genes. De las posibles modificaciones que pueden agregarse a las histonas, la mejor comprendida es la acetilación. En términos generales, la acetilación de las histonas de un gen aumenta la expresión de ese gen.

El tercer tipo de modificación epigenética son los ARNs conocidos como no codificantes. Entre ellos, los principales son los microARN, que son ARN cortos de una sola hebra, que tienen la capacidad de silenciar genes con los cuales tienen complementariedad. Las marcas epigenéticas no actúan independientemente unas de otras, sino que en conjunto determinan el nivel de expresión de cada gen o, en términos sencillos, qué tanta proteína se produce a partir de cada gen.

Las consecuencias de los cambios en expresión de genes pueden ser igual o más graves que los cambios en la secuencia de ADN. Para utilizar el ejemplo del cáncer, un gen supresor de tumor puede perder su función (y por lo tanto favorecer el desarrollo de cáncer) cuando sufre alteraciones en su secuencia, pero también cuando es silenciado. En este segundo caso, la secuencia del gen puede estar intacta, pero si su promotor está metilado no se producirá la proteína para la cual codifica.

Cuando se piensa en terapia, las alteraciones en marcas epigenéticas presentan la ventaja de que son potencialmente reversibles. Por ejemplo, la 5-azacitidina es una desmetilasa de ADN que se puede utilizar para revertir silenciamiento de genes por metilación. El valproato es un inhibidor de desacetilasas de histonas, que por lo tanto es capaz de restaurar la acetilación de histonas y, con ello, la expresión de los genes asociados (Ahuja y otros, 2016). Las diversas terapias epigenéticas enfrentan una serie de retos en común. Los dos principales son la búsqueda de la especificidad del tratamiento (cómo dirigirlo al blanco deseado) y la vía de administración de los medicamentos (por ejemplo, cómo lograr dirigir una enzima desmetilasa de ADN, exclusivamente al pulmón). Este segundo factor ha sido también uno de los retos principales en la aplicación de la terapia génica clásica.

La medicina personalizada propone que será posible determinar el riesgo de diversas enfermedades, con base en las variantes genéticas de una persona. Sin embargo, es importante recordar que las alteraciones epigenéticas también influyen sobre el riesgo de enfermedad y, para detectarlas, es necesario utilizar otras técnicas diferentes de la secuenciación del genoma.

4. Farmacogenómica

La farmacogenética es la rama de la farmacología que estudia las diferencias en metabolismo, distribución y acción de los fármacos, debidas a variaciones genéticas (respuesta individual debido a variaciones genéticas). Los avances en farmacogenética y los estudios en genómica han contribuido al desarrollo de la farmacogenómica, la cual estudia la eficacia y toxicidad de los fármacos debido a variaciones genéticas. Intenta dilucidar las variantes genéticas que determinan la afinidad de los fármacos por los receptores, así como la absorción, distribución, metabolismo y excreción de estos.

El conocimiento generado a partir de la farmacogenómica, cumple un rol crucial en la investigación como en la práctica clínica. En la investigación permite avanzar sobre genética de fenotipos específicos y su relación con un medicamento específico. En la práctica clínica permite traducir hallazgos de ciencias básicas, en conocimiento que puede ser utilizado por el clínico. Utilizar este conocimiento en la atención clínica, forma parte de múltiples intervenciones que contribuyen a una medicina dirigida al paciente particular.

El uso de información farmacogenómica en el contexto de la medicina personalizada, se basa en un diverso grupo de datos provenientes del paciente (como por ejemplo, información genética, evidencia epigenética, biomarcadores identificados, factores ambientales y manifestación clínica de la enfermedad). La meta de esta iniciativa es utilizar los hallazgos farmacogenómicos para realizar predicciones del pronóstico de la enfermedad según un determinado fármaco, ofreciendo así una "atención a la medida y adaptada al individuo" (Alhajji y Nemeroff, 2015).

Como se mencionó anteriormente para las pruebas genéticas predictivas, el uso de información farmacogenómica en la práctica clínica, debe pasar por un proceso riguroso donde se evalúa si el estudio genético cumple los siguientes tres criterios (Relling y Evans, 2015):

- 1) Validez analítica: Que el examen permita demostrar asociación estadísticamente significativa entre la variante genética que se está estudiando y el medicamento. Para ello es necesario conocer el valor predictivo de dicha prueba.
- 2) Validez clínica: Existencia de estudios retrospectivos que demuestren diferente efecto del medicamento según la variante genética. Dichos estudios incluyen los siguientes: penetrancia de la variante genética sobre el efecto del medicamento, mecanismo bioquímico subyacente, estudios funcionales *in vitro* y estudios clínicos que demuestren la relación de dichas variantes con el efecto farmacológico o concentración del medicamento.
- 3) Utilidad clínica: Existencia de ensayos clínicos aleatorizados donde se compare la elección de un medicamento basado en información genética versus la elección de dicho medicamento según los estándares de atención. Este último criterio permite demostrar que dicho examen realmente tiene un impacto tanto en el pronóstico de la enfermedad como en la salud pública.

Aunque las decisiones terapéuticas no son de tipo “todo o nada” y más bien se basan en un amplio rango de probabilidades, la información brindada por diversas organizaciones internacionales provee más elementos para dichas decisiones. La Food and Drug Administration (FDA) brinda una lista de 200 fármacos con evidencia genómica. La utilidad de esta información debe ser evaluada cuidadosamente, tomando en cuenta el contexto de nuestra seguridad social.

5. Terapia génica

En un futuro vamos a ver más condiciones humanas corregibles con terapia y edición génica. El reciente desarrollo de la tecnología CRISPR, que permite recortar y corregir genes de forma más precisa y económica, es esperanzador para muchas condiciones, incluso de salud pública, como el control de insectos vectores mediante la modificación genética de las hembras.

Es predecible que estas intervenciones se darán a más largo plazo, luego de ser ampliamente discutidas con la población. Sin embargo, ya hay investigaciones en embriones humanos sin fines reproductivos, que se desarrollan en 3 países y están aprobadas con CRISPR. Estas investigaciones podrían contribuir a contestar preguntas sobre la fertilidad humana, el potencial de las células madres como terapia para algunas condiciones y otros tratamientos de edición genética para el HIV y el cáncer (Callaway, 2016). Las aplicaciones clínicas que se deriven de estas investigaciones, seguramente estarán disponibles inicialmente para grupos privilegiados con capacidad económica. Serán necesarios estudios de costo beneficio, para determinar su posible aplicación y utilidad en un sistema de seguridad social, en comparación con otras estrategias más económicas.

Reflexiones finales

Los avances en genética y en sus tecnologías han permitido ampliar nuestro conocimiento sobre las enfermedades humanas, sus factores de riesgo, la fisiopatología y sus tratamientos. Sin embargo, son pocos los marcadores biológicos de riesgo que tienen utilidad en la práctica clínica, con excepción de aquellos para enfermedades mendelianas, para el seguimiento en algunas formas de cáncer y en pocos casos de farmacogenética.

No se debe olvidar que la mayoría de enfermedades humanas son complejas, en las que la aparición de la enfermedad se da a partir de una compleja interacción entre muchos genes (no todos conocidos) y el ambiente. El valor predictivo de las variantes genéticas es y seguirá siendo bajo para este tipo de enfermedades. Se espera que la utilidad de marcadores biológicos para casos específicos aumente con el transcurrir de los años.

El profesional en salud debe ser cauteloso con el uso y la interpretación de estos datos, para no crear falsas expectativas en los pacientes. No se debe olvidar que la medicina personalizada, o medicina individualizada, parte de información específica del paciente y sus condiciones particulares. Las pruebas genéticas y genómicas constituyen solamente una parte de la fuente de información y, por lo tanto, su uso no puede sustituir la información personal ni las destrezas clínicas del profesional que participa en el árbol de decisiones terapéuticas.

Tampoco debemos olvidar que los factores modificables son los ambientales, muchos de los cuales son ya conocidos. Es por ello que estrategias de salud pública para mejorar condiciones de vida y hábitos (como la ley sobre el tabaco y las políticas de las sodas escolares), tienen el potencial de impactar la salud pública, aunque no conozcamos los riesgos genéticos de cada persona.

Las tecnologías genéticas de edición también tendrán aplicaciones interesantes; pero hasta que no se demuestren mediante estudios controlados en nuestra población, no recomendamos su implementación por presiones comerciales. Las pruebas y tecnologías que se introduzcan deben cumplir con los criterios de costo/beneficio, validez y utilidad, según investigaciones nacionales.

Bibliografía

Ahuja N y otros, Sharma AR, Baylin SB. Epigenetic Therapeutics: A New Weapon in the War Against Cancer. En: *Annu. Rev. Med.* 67:73-89.

Alhajji L, Nemeroff CB. 2015. Personalized Medicine and Mood Disorders. En: *Psychiatr Clin North Am.* 38(3): 395-403.

Burke W, Korngiebel DM. 2015. Closing the Gap between Knowledge and Clinical Application: Challenges for Genomic Translation. En: *PLoS Genet.* 11(2): 1-9.

Callaway E. 2016. Gene-editing research in human embryos gains momentum. En: *Nature.* 532: 289-290.

Green RC y otros. 2013. ACMG recommendations for reporting of incidental findings in clinical exome and genome sequencing. En: *Genetics in Medicine.* 15 (7): 565-574.

Milani L y otros 2015. An epidemiological perspective of personalized medicine: the Estonian experience. En: *Journal of Internal Medicine.* 277: 188-200.

Relling MV y Evans WE. 2015. Pharmacogenomics in the clinic. En: *Nature.* 526(7573): 343-350.

El empoderamiento de la persona usuaria de los servicios de salud

Rodrigo Alberto Carazo Zeledón
con la colaboración de
Olga Goldenberg Guevara y
Carlos Valerio Monge*

La Defensoría de los Habitantes de la República abre sus puertas al público el 1.º de octubre de 1993, con el mandato de “proteger los derechos e intereses de los habitantes”. Es el órgano encargado de velar “porque el funcionamiento del sector público se ajuste a la moral, la justicia, la Constitución Política, las leyes, los convenios, los tratados, los pactos suscritos por el Gobierno” y tiene el deber de “promocionar y divulgar los derechos de los habitantes” (artículo 1, ley 7319).

“No se requiere en Costa Rica de una defensoría de los habitantes”, clamaron influyentes formadores de opinión durante los tres lustros en los que se discutió el establecimiento de la Defensoría. Incluso, su ley de creación fue revisada negativamente por tres de los siete magistrados de la Sala Constitucional, durante su trámite de aprobación parlamentaria. Según el criterio de estos magistrados, su funcionamiento “interfiere con las funciones constitucionales de otros órganos del Estado”.

“En Costa Rica no se violan los derechos humanos”, decían quienes se oponían; “¿para qué trasplantar una institución foránea-escandinava a los trópicos mesoamericanos?”, escribían quienes, con poder para ello, amenazaban con vetar el proyecto de ley aprobado.

Con la buena voluntad de muchos y la aceptación resignada de otros, la Asamblea Legislativa aprobó la ley y eligió a la persona responsable de poner en marcha la institución.

Consideramos que la Defensoría, desde el inicio, debía sustentarse en una sólida aceptación por parte de los habitantes, quienes deberían considerarla como suya. Es por eso que salimos a preguntar a la población cuáles eran los derechos e intereses que consideraban que necesitaban de protección, por dónde les “chimbaba el zapato”. Y ofrecimos estructurar la institución conforme a esos criterios.

La atención del derecho a la salud ocupó en esa consulta ciudadana, una relevante prioridad en la percepción de quienes opinaron. Lo hacían con gran énfasis, con firmeza, con consistencia, con pasión y, a veces, con llanto.

La protección al derecho a la salud y la consecuente defensa de los derechos e intereses relacionados con los servicios de salud en el país se constituyó en uno de los puntos cardinales alrededor de los cuales se organizó la Defensoría. Es por ello que muchos de sus esfuerzos, desde el momento de su apertura, fueron dedicados a esta área.

* Funcionarios de la Defensoría de los Habitantes en el periodo 1993-1997.

El enfoque

Partimos siempre de la premisa de que en un estado social de derecho corresponde al sector público asegurar el cumplimiento de las expectativas ciudadanas. Bien lo establece el artículo 50 de la Carta Magna:

El Estado procurará el mayor bienestar a todos los habitantes del país, organizando y estimulando la producción y el más adecuado reparto de la riqueza.

Para asegurar la satisfacción de los derechos y de los intereses ciudadanos, en un momento histórico en que se propiciaba por muchos la disminución del Estado, resultó necesario para la Defensoría de los Habitantes impulsar la posición opuesta, la tradicional de nuestro pacto social: el fortalecimiento del Estado para que pudiera, con responsabilidad, eficiencia, pericia y probidad, cumplir con sus obligaciones.

El régimen de seguridad social constituía, en esos años, la quinta esencia de la sociedad nacional; debía, por tanto, ser defendido por la Defensoría de los Habitantes.

En el período 1993-1997 nos correspondió como institución, de la mano de la Caja Costarricense de Seguro Social, ser parte de un proceso en que la universalización del derecho a la salud comenzó a tomar pie en nuestro territorio; avance que fue concebido sobre la base de la participación ciudadana. A eso nos apuntamos. Hicimos yunta.

El eje que sostuvo entonces el empeño institucional de la Defensoría buscó la humanización sustantiva en la calidad de los servicios de salud. Para ello realizó las siguientes acciones:

- Exigió la mejora en la accesibilidad que proponía la propuesta oficial de modernización del sistema con la regionalización y la creación de los Ebáis.
- Apoyó la creación de servicios especializados según sexo y edad de las personas (con particular énfasis en los servicios materno-infantiles).
- Impulsó con entusiasmo y convencimiento la creación de las juntas de salud, más allá incluso de la propuesta original que se limitaba a juntas hospitalarias.
- Denunció la entonces frecuente práctica de los biombos, el incumplimiento de horarios de servicio por parte de funcionarios médicos, la falta de cupos y las filas de espera cotidianas, así como las crecientes listas de espera para la atención especializada.
- Impulsó la temprana reacción de la Caja Costarricense de Seguro Social al establecer las contralorías de servicios que fomentaba la Defensoría, así como apoyando su funcionamiento y expansión descentralizada.
- Enfatizó el concepto de derecho a la salud en su dimensión preventiva y no solamente curativa.

No fue ajeno a nuestro quehacer, desde un primer momento, la realización de actividades de difusión y educación en derechos a la salud y a la atención de la salud. Para ello se realizaron talleres en los distritos periféricos del país, por medio de las unidades móviles de promoción y divulgación de derechos, en alianza con los expertos en materia de estado de la salud (y otros aspectos de desarrollo humano) del Proyecto Informe sobre el Estado de la Nación.

Gran satisfacción nos dio que se promulgara en 1996 los nuevos reglamentos del Seguro de Salud, del Seguro de Invalidez, Vejez y Muerte y de las Juntas de Salud, en cuyo proceso de construcción nos habíamos involucrado. Aplaudimos la incorporación en ellos de conceptos como el de la participación social, la atención integral a la salud, la comunidad como núcleo para el desarrollo de la satisfacción de los derechos, la consolidación normativa del concepto del hospital abierto a la comunidad, entre otros.

La tarea de brindar servicios de salud integrales a toda la población nacional es sin lugar a dudas una titánica e inmensa labor. Muchísimas son las satisfacciones humanas que su cumplimiento depara para quienes brindan los servicios y para quienes lo reciben. Grande fue también la cantidad de quejas recibidas por la Defensoría, sobre la prestación de esos servicios. Nuestra tarea fue siempre de diálogo y de persuasión, no de confrontación. Velamos, por ejemplo, por el respeto a las propias condiciones de trabajo de los funcionarios de la seguridad social, así como también reprochamos sus incumplimientos y, con alguna recurrencia, el maltrato de algunos de ellos a los usuarios de sus servicios (o por lo menos la sensación de maltrato que hacía que un habitante llegara a la Defensoría a quejarse). Siempre se le daba atención a las denuncias, pero con el propósito de que todos aprendiéramos.

Lo primero que hacían los funcionarios de la Defensoría, antes de iniciar la cobertura territorial, era conocer a los funcionarios encargados de los servicios en las instituciones que trabajaban en su territorio e intercambiar conocimientos sobre sus funciones y las limitaciones de cada institución. De esa manera, tanto las unidades móviles de promoción y educación que visitaban todos los distritos de las tres provincias periféricas del país y de la zona Norte, y en la Defensoría Itinerante, que “puso escritorio” a la entrada de clínicas y hospitales metropolitanos y algunas sedes administrativas, cuando se recibía una queja ciudadana se podía acudir de inmediato a ventilar el tema con el funcionario encargado y así encontrar, en la gran mayoría de los casos, satisfactorias y agradables soluciones inmediatas.

Uno de los grandes logros de esa colaboración entre la Caja Costarricense de Seguro Social y la Defensoría de los Habitantes fue llegar al acuerdo, sugerido por la Defensoría, de que el expediente médico personal es propiedad de la persona asegurada, quien tendrá siempre libre acceso a lo que ahí se consigne. Había llegado el momento de que terminara la vieja creencia del “respeto al secreto médico”, en relación con el contenido del expediente. Costó bastante lograrlo.

Igualmente iniciamos, en colaboración con autoridades de la Caja, la preparación de listados de “derechos de los asegurados” y “derechos de los pacientes”, que se conformarían en sencillos afiches a divulgar en todos los despachos de la Caja. Estos afiches no solo se constituyeron en una afirmación de la existencia de esos derechos, sino en una forma de reiterar la obligación de cumplirlos por parte de las personas a cargo de dar los servicios.

En el año 2016 se puede reiterar que el empoderamiento de las personas usuarias de los servicios de salud (preventivos y curativos) significa insistir en la participación ciudadana en el control de la gestión de tales servicios, sin desconocer que veinte años después el contexto económico y social de nuestro país es más difícil, pues ha crecido la desigualdad, el desempleo, la informatización del trabajo, así como la competencia y privatización de los servicios en salud. La creación de entidades privadas, paralelas a la Caja, que operan con sus recursos, como son las cooperativas y universidades privadas a cargo de la atención en algunos Ebáis; plantea al ojo más ingenuo, la existencia de un conflicto de intereses. ¿Será esa dualidad incompatible con los deberes del Estado como garante de los derechos?

Una calurosa mañana en el año 1996, se recibió una llamada en la Defensoría que quienes la recibieron consideraron urgente y que requería de la atención personal del titular institucional. Un habitante había irrumpido en la clínica de La Suiza de Turrialba y gritaba que era el defensor de los habitantes, al tiempo que reclamaba por la calidad de los servicios que ahí recibían él, sus familiares y sus vecinos. Usuario empoderado, pensamos; no tenemos monopolio de la defensa, sobre todo en el tanto que otros conozcan sus derechos; usuario que hacía eco de algo que alguien nos había dicho en Bagaces algunos meses antes: “los funcionarios públicos tienen muchas maneras de manifestar sus opiniones; lo que se necesita es que aprendan a oír”.

Organizaciones inteligentes: aporte a la humanización de los servicios de salud y búsqueda de la equidad

Allan Bejarano Sandoval
Ileana Vargas Umaña

*Sanar es una cuestión de tiempo, pero a veces también es cuestión de oportunidad.
Hipócrates*

Las organizaciones inteligentes son aquellas que se aseguran de que sus integrantes estén en un constante aprendizaje y que pongan en práctica sus capacidades; para ello deben tener “capacidad de comprender la complejidad, de adquirir compromisos, a asumir su responsabilidad, de buscar el continuo autocrecimiento, de crear sinergias a través del trabajo en equipo” (León y otros, 2003: 82). De acuerdo con (Bravo, 1985 citado por Lara & Sánchez, 2005: 13), las organizaciones inteligentes involucran al conjunto de personas, sistemas, funciones y dependencias que se constituyen en un cuerpo o institución social, que cuentan con normas, políticas y costumbres propias y con un objetivo específico.

Si bien es cierto el enfoque de este artículo está orientado al trabajo institucional con las organizaciones de la sociedad civil y las respectivas alianzas; de igual manera se podría orientar al trabajo de los equipos técnicos, las juntas de salud o las asociaciones de desarrollo, sea, a las entidades que vinculan dentro de sus acciones aportes a la salud, al mejoramiento de la calidad de vida y al bienestar individual o colectivo (León, Tejada, Yataco, 2003:83-84).

En el mundo globalizado en el que se insertan las sociedades modernas, se comparten retos y desafíos. Cada vez nos encontramos más interconectados, con un mayor volumen de información, sin que esto constituya o se refleje en un empoderamiento claro sobre la salud de los colectivos. Esto impulsa a las organizaciones a replantear su dirección, por medio de transformaciones sustanciales en donde los líderes tienen un rol clave, (Becerra y Sánchez, 2011).

Para lograr el éxito en las políticas de salud en las sociedades contemporáneas, los gobiernos y los sistemas de salud deben buscar un consenso centralizado en la esfera local para atender las necesidades de cada comunidad. Se debe ser analítico de los planteamientos de las comunidades, por lo que las organizaciones inteligentes cobran mayor sentido como representaciones sociales. Las articulaciones y alianzas entre los servicios de salud, la Academia y las organizaciones de la sociedad civil, permiten una gestión más efectiva. Se puede visualizar al tercer sector como una manifestación esporádica de la sociedad civil que en forma solidaria se organiza para responder a las demandas no suplidas por el Estado. Es por ello que este sector tiene un papel relevante en la prestación de los servicios (Souza, 2005: 14-18).

La participación ciudadana, acompañando a los profesionales en salud y a los gobernantes, permite una correcta implementación de políticas públicas, al disminuir las disparidades en la asignación de recursos y al aumentar la capacidad de resolución. Además, el trabajo conjunto permite vencer el

paradigma hospitalario y medicamentoso que predomina en la población y en los profesionales de salud, para hacer un cambio hacia el logro de objetivos en promoción de la salud, prevención y educación (Nogueira, 2015 40-43).

Según señala Cabrera (2009: 23), la organización inteligente es la que en inglés se conoce como *learning organization and empowerment*, que significa organización de aprendizaje, inteligente y empoderada. Agrega la autora que “los principales exponentes de la citada corriente organizativa señalan la existencia de cuatro elementos fundamentales: 1) la capacidad para adquirir y crear conocimiento e ideas nuevas, 2) la capacidad de adaptarse y modificar el comportamiento, 3) el predominio del aprendizaje de grupo por encima del individual, y 4) el mejoramiento continuo para lograr ventajas sobre la base de conocimiento innovado”.

Desde nuestra perspectiva, se plantea conceptualizar las organizaciones inteligentes a partir de las siguientes características:

- Aprendizaje continuo y sistemático, con una definición clara de las funciones de cada uno de los integrantes de la organización.
- Injerencia en la toma de decisiones por parte de funcionarios que orienten la gestión pública a la atención centrada en los pacientes.
- Registro para la gestión de evidencias y para la sistematización de experiencias que permitan documentar, posteriormente, las lecciones aprendidas.
- Uso de las tecnologías de información y comunicación, para generar conocimiento y difundir las acciones que realizan.
- Desarrollo de acciones de abogacía en pro de los pacientes, que combinen la protesta con la creación de propuestas concretas proactivas, flexibles y validadas, desde la voz de los pacientes, y que aporten en la buena gestión de los servicios en los diferentes centros de salud.
- Valores consistentes con los principios filosóficos de la seguridad social (solidaridad, equidad y universalidad) y que se proyecten en las acciones desplegadas.

Dentro del escenario costarricense, en el contexto de las enfermedades crónicas, una de las más prioritarias es el cáncer de mama, que ocupa el segundo lugar en incidencia y es la principal causa de mortalidad en mujeres.

Ante esta problemática se presentó el proyecto de navegación de pacientes “Mujeres que Salvan Vidas”, el cual se desarrolla en las provincias de San José, Cartago, Alajuela y Heredia. Este proyecto tiene como propósito sensibilizar y crear conciencia en la población sobre el problema del cáncer de mama. Se trata de una iniciativa que se gestó en las universidades de Costa Rica y Nacional, a fin de responder a la evidencia de debilidades en el diagnóstico, la atención temprana y la rehabilitación de esta patología.

En este programa se diseña la estrategia de navegación, que pretende orientar a las mujeres con sospecha o diagnóstico de cáncer de mama, en sus diferentes etapas: detección, tratamiento y rehabilitación. Para ello se les da acompañamiento de parte de voluntarias capacitadas, cuyo propósito es evitar que “se pierdan en el proceso” de atención. La mayoría de estas voluntarias son pacientes sobrevivientes de cáncer de mama o familiares de pacientes. De igual forma como parte de la voz de ciudadana, estas voluntarias forman parte de una organización de la sociedad que sea del área de atracción del hospital.

Para diseñar, desarrollar e implementar la navegación, se estableció una alianza entre los servicios de salud, organizaciones no gubernamentales y las universidades a cargo del proyecto, con la finalidad de reducir los tiempos de espera y las brechas en la prestación de los servicios que se les brinda a estas

pacientes. Además, el proyecto tiene como fin alcanzar una mayor eficiencia y eficacia en las acciones orientadas a la recuperación de la salud de las mujeres con cáncer de mama.

Los actores participantes en el proyecto, se describen de la siguiente forma:

- **Direcciones de hospital:** se plantea como un reto brindar herramientas para la toma de decisiones gerenciales, tendientes a la reducción de inequidades en materia de salud y a la mejora continua de la prestación de los servicios de salud. Para ello debe tenerse en cuenta no solo la complejidad de los servicios y los recursos limitados, sino también la importancia de que haya una orientación estratégica y operativa que ponga al paciente en el centro de la atención. Con esto se espera un apoyo activo para dar seguimiento a las recomendaciones que surjan desde la vivencia de los pacientes y su acompañamiento, implementando medidas conjuntas para el logro de objetivos que maximicen la atención a las pacientes.
- **Equipos técnicos (unidades de mama y clínicas de mama):** desde este frente, es necesaria una fuerte vinculación entre las acompañantes de pacientes con los profesionales y personal que trabaja en los centros de salud, para la reducción de autobarreras de las pacientes¹ y de barreras del servicio. Por ejemplo, de acuerdo con un estudio realizado en el año 2014, en conjunto con el hospital San Juan de Dios y como parte del programa; se pudo identificar la cantidad de metros que recorría una paciente con cáncer de mama, en el proceso de atención de ese centro médico. Si se parte del supuesto de que una paciente de la Red Sur conoce la ubicación de los diferentes servicios y que cuenta con citas preestablecidas, esta tendría que recorrer aproximadamente 2.44 kilómetros en pasillos, al transitar por los diferentes servicios. De igual manera, en una encuesta de satisfacción realizada en el 2015 por la Universidad de Costa Rica, en conjunto con la Unidad de Mama, se identificó que las pacientes entrevistadas consideraron en un 75 %, que la atención era de muy buena a excelente; lo cual plantea que la distancia recorrida, no necesariamente repercute en la percepción de la calidad de la atención recibida. No obstante, podría representar un reto mayor para los profesionales en salud y, presumiblemente, un mayor desgaste.
- **Organizaciones no gubernamentales:** acoger el proyecto por parte de las organizaciones, facilita el cumplimiento de su visión y misión. Las ONG se plantean como la base del proyecto, tanto a nivel operativo como desde la perspectiva de construcción del modelo. En otras latitudes, los modelos de navegación de pacientes se articulan por medio de profesionales de la salud, para la orientación, acompañamiento y seguimiento de los pacientes. Es por ello que se considera innovador este tipo de trabajo tripartito (ONG, universidad y servicio de salud).
- **Academia:** se encarga de generar evidencias científicas del proceso de acompañamiento, así como de facilitar el diálogo entre las organizaciones de la sociedad civil con la dirección de los hospitales, los equipos técnicos y los tomadores de decisiones. Teniendo en cuenta que en el contexto de América Latina existen pocas experiencias de trabajo en la reorientación de los servicios de salud desde la promoción de la salud.

¹ Las autobarreras son condiciones psicológicas y sociales como el caso de la ansiedad, el temor, el pudor, las creencias erróneas y la autoimagen, la información y la educación sobre el cáncer de mama. De igual forma situaciones familiares y hábitos que dificulten la detección temprana, tratamiento y rehabilitación (Ceballos y Giraldo, 2011:1-4)

Como resultado de esta estrategia se genera una mejora importante en la calidad de la atención, gracias al acompañamiento que las navegadoras brindan a las pacientes. A continuación se muestra algunas percepciones expresadas por las pacientes, sus familiares, y el personal de salud:

Tabla n.º 1
Percepciones del proyecto desde la población beneficiaria
Servicios de salud-paciente-familia

La navegación de pacientes me permitió no sentirme sola durante el tiempo que he sido tratada por cáncer de mama (paciente 4).
El contar con una navegadora, que sé sobrevivió a esta enfermedad, me quitó el miedo y me dio esperanza de que yo también puedo salir adelante (paciente 1).
El contacto directo con la navegadora y sus llamadas fueron un apoyo durante la enfermedad (paciente 2)
El saber que en el hospital hay gente que se preocupa de verdad por mi mamá, que la acompaña a las citas, que la llaman y le dan apoyo, ha permitido a la familia seguir funcionado (familiar 1)
La navegación es un ingrediente para el éxito de la red oncológica, tiene un papel importante cuando la paciente llega al hospital San Juan de Dios en la ambulancia y la deja en la puerta del hospital, porque hay gente entrenada que se encarga de guiar a la paciente, la paciente no se siente perdida (Dr. Vargas Chacón, HSJD)
Navegación es importante para el hospital Calderón Guardia, es una manera de acercarse más a la paciente, porque la paciente requiere de la compañía de un ángel (Dr. Luis Paulino Hernández, HCG)
La importancia de navegación de pacientes para el hospital de Alajuela es que podemos darle acompañamiento a las mujeres. Las navegadoras nos ayudan con las personas que están internadas y las que ya salieron; dándoles un seguimiento constante, que a veces la misma institución no tiene el personal para preguntarle a la paciente cómo le fue en quimioterapia o radioterapia, por ejemplo. Y es que el programa MQSV le da ese calor humano que ocupan las pacientes para pasar por todo este proceso (Dra. Marcela Leandro, hospital de Alajuela).

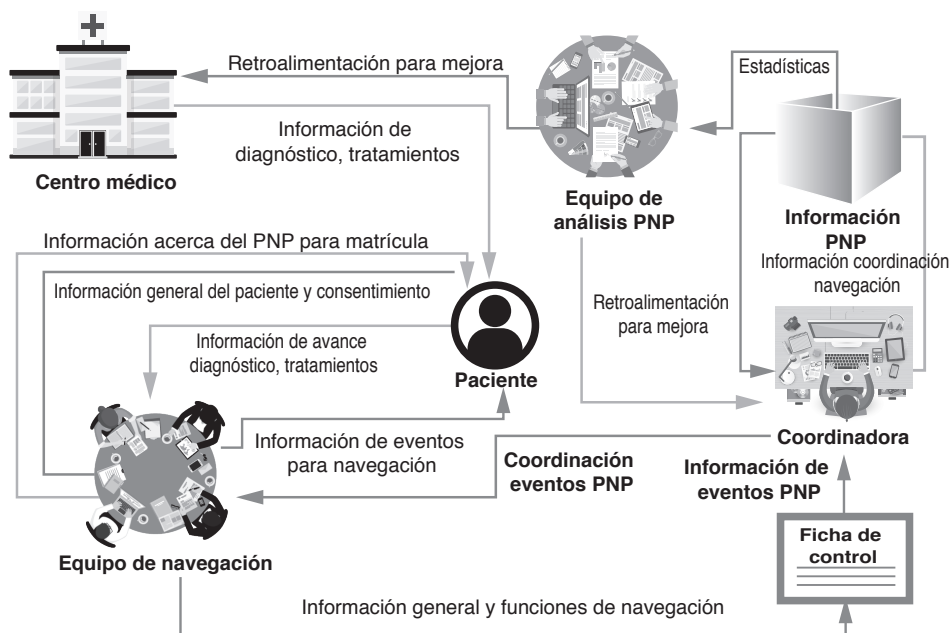
Fuente: Proyecto Mujeres que Salvan Vidas, 2013.

Teniendo en cuenta las necesidades de las pacientes y las oportunidades que brindan las tecnologías, se consideró la importancia de desarrollar un sistema de seguimiento y apoyo a las acciones de las navegadoras. Para ello se planteó el diseño de un sistema de información para el seguimiento de las pacientes con cáncer de mama, en la ruta de su atención (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos) en el sistema de salud costarricense. El sistema fue desarrollado desde la voz del paciente, así que recogía sus inquietudes en torno a su proceso de atención.

El *software* registra la información en digital y analiza los datos por medio del sistema de información. Fue diseñado específicamente para planificar la navegación en los hospitales participantes; para lo cual se utiliza agendas digitales y recordatorios de actividades y seguimiento de citas. Esto permite brindar insumos para la mejora continua en los equipos de salud de los hospitales; al ser una herramienta para la reorganización de los servicios, con base en los recursos disponibles; además, permite el establecimiento de metas y la planificación de los equipos de navegación. El sistema de información ofrece insumos para apoyar la gestión de las voluntarias.

El resultado final es una aplicación de *software* que utiliza la herramienta de Microsoft Net 2010 y la base de datos Microsoft SQL Server 2008. La página www.mujeresquesalvanvidas.net cuenta con una "base de datos", para acceder al producto. El acceso no depende de la ubicación física, sino de la identificación en el sistema de los usuarios y sus contraseñas. El tipo de usuario determinará las acciones que se pueden ejecutar y en los hospitales a los cuales se tiene acceso (Perfiles Tecnológicos SA, 2012).

Cuadro n.º 1
Sistema de Información



Fuente: Perfiles Tecnológicos SA, 2012.

El sistema de información se estaría constituyendo en un insumo para la mejora continua en la atención de pacientes de cáncer de mama; pues facilita la planificación y evidencia las inequidades en la prestación de los servicios de salud. El sistema también brinda un aporte significativo al proporcionar lecciones aprendidas que podrían trascender las brechas existentes entre las necesidades de las pacientes y la oferta de los centros hospitalarios; todo esto con el fin de potenciar las acciones a partir de la articulación de esfuerzos.

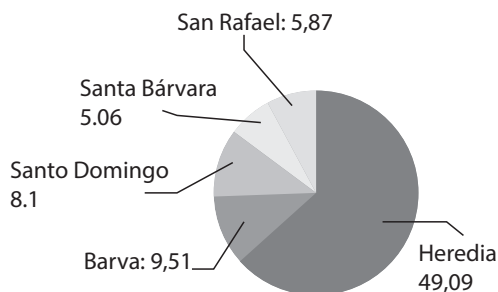
Como se ha descrito durante el periodo (2000 al 2009), los cantones de la provincia de Heredia presentan la mortalidad por cáncer de mama más elevada del país (Agudelo, 2011: 7); es por ello que uno de los hospitales pioneros en navegación de pacientes de cáncer de mama es el hospital de Heredia. A continuación se presentan como ejemplo 6 gráficos que muestran algunas de las características de las usuarias navegadas en ese centro de salud:

Gráfico n.º 1

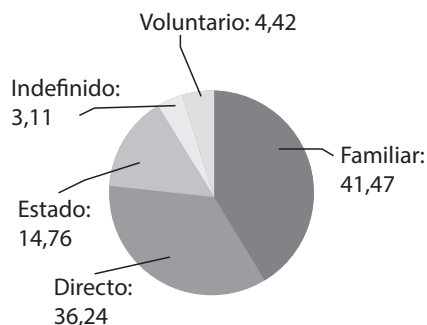
Perfil de las usuarias navegadas, según área geográfica y aseguramiento

Hospital de Heredia, 2013/2015

Distribución de eventos por área geográfica



Distribución por tipo de aseguramiento



Fuente: Elaboración propia 2015. Resultados preliminares, HSP-MOSV

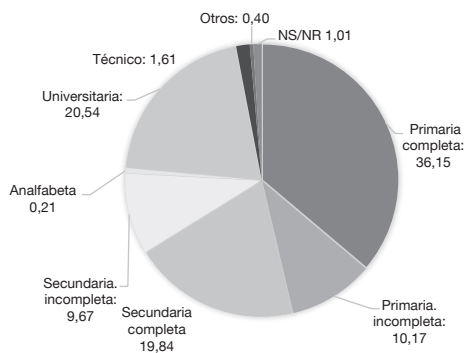
En el gráfico n.º 1 se observa que el seguro familiar tiene un peso importante entre los tipos de aseguramiento (41.47 %); de igual manera, vale la pena rescatar el porcentaje de usuarias aseguradas por el Estado (14.76 %). Se observa que el modelo de seguridad social costarricense, basado en los principios de solidaridad y equidad, permite a las usuarias de escasos recursos acceder a una oferta de servicios amplia y compleja.

Gráfico n.º 2

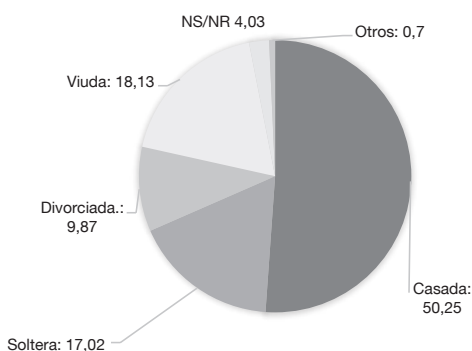
Perfil de las usuarias navegadas, según escolaridad y estado civil

Hospital de Heredia, 2013/2015

Distribución por escolaridad



Distribución por estado civil

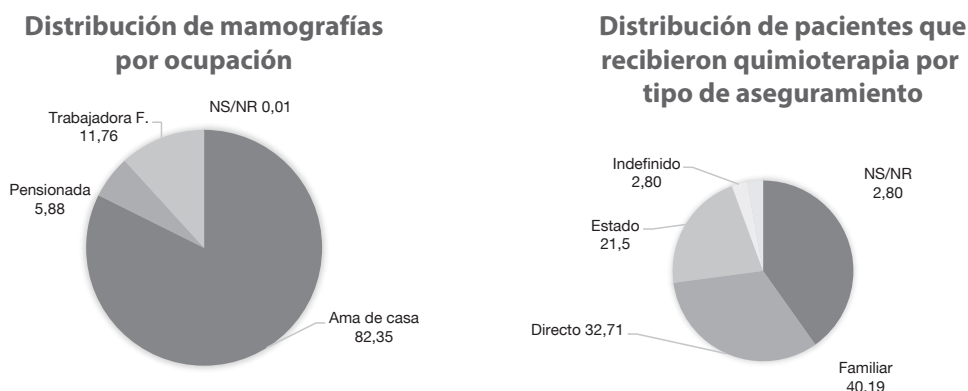


Fuente: Elaboración propia.

En relación con la escolaridad (gráfico n.º 2) se observa dos grandes grupos polarizados que predominan: las pacientes con primaria completa (36.15 %) y las usuarias con universitaria completa (20.54 %). Esto hace pensar en un abordaje diferente por parte de los servicios de salud, en cuanto a las estrategias de comunicación e información que le brindan a las usuarias, con especial atención a las que poseen menores niveles educativos.

Como es conocido, las redes de apoyo representan una de las herramientas más importantes para afrontar la enfermedad, en el caso del cáncer de mama. Al ver el estado civil (gráfico n.º 2), llama la atención que un 45 % de las usuarias no cuentan con una pareja formal. Esto sugiere que su red de apoyo directa es más reducida, por lo que la navegación de pacientes puede contribuir a reforzar las redes de apoyo de estas pacientes.

Gráfico n.º 3
Perfil de las usuarias navegadas, según mamografías por ocupación
y quimioterapia por aseguramiento
Hospital de Heredia, 2013/2015



En lo que respecta a la figura n.º 3, vale la pena destacar que en el gráfico de la izquierda se observa que un 62 % de las usuarias con cáncer de mama son amas de casa; no obstante, al revisar la distribución de mamografías por ocupación, esta cifra se incrementa a un 82,35 %. Esto se da, presumiblemente, debido a que las usuarias con otros tipos de ocupación podrían contar con mayores recursos para realizarse la mamografía fuera de la seguridad social.

En cuanto a la distribución por tipo de aseguramiento, de las pacientes que recibieron quimioterapia (gráfico de la derecha de la figura n.º 3), se observa que las pacientes aseguradas por el Estado acceden a servicios de alto costo, como la quimioterapia, que difícilmente podrían pagar por sus propios medios, si la seguridad social no tuviera las características actuales.

Conclusiones

Para el fortalecimiento de la seguridad social en los próximos años, es necesaria una fuerte cohesión social entre todos los actores que involucra el sistema (patronos, trabajadores y Estado), teniendo en consideración las nuevas formas de participación ciudadana.

Las organizaciones de la sociedad civil deben ser tomadas en cuenta en los diferentes procesos de toma de decisiones en todos los ámbitos (local, regional y nacional). Estas organizaciones se constituyen en una voz desde la ciudadanía y, principalmente, desde los pacientes, que es la visión desde la cual se tiene un mayor potencial de contribución en la mejora de los servicios de salud. Con esto, se logrará una seguridad social fortalecida, de cara a su centenario.

Cada día tenemos más acceso a la información y a las nuevas tecnologías; por lo que existen más posibilidades de generar espacios virtuales que se manifiestan como reales. Esto permite realizar propuestas concretas desde la sociedad civil, que puedan innovar la gerencia y gestión de los servicios de salud.

Desde los servicios de salud se deben aprovechar los sistemas de información para incorporar la voz de las usuarias. El proyecto de Navegación se constituye en un ejemplo concreto de este tipo de gestión. Estas acciones se deben ampliar, evaluar y difundir, para que puedan ser replicables y escalables.

Las asociaciones de pacientes han demostrado, en el caso puntual del cáncer de mama, que se encuentran dispuestas a trabajar en conjunto con la seguridad social desde un enfoque de derechos; para lo cual han planteado diversas propuestas. Con el apoyo de la academia, estas propuestas pueden generar evidencias que permitan que la información, los mensajes y las necesidades lleguen de forma clara a los tomadores de decisiones en todos los niveles (direcciones, jefaturas, gerencias y mandos medios).

Desde el proyecto “Mujeres que Salvan Vidas”, reconocemos el esfuerzo de profesionales dedicados que con limitados recursos han realizado verdaderas innovaciones en la gestión para el beneficio de los usuarios. Este tipo de buenas prácticas debe difundirse y potenciarse en servicios de características similares. Para ello es necesario no solo un esfuerzo desde la comunicación y la articulación en red; sino también desde el saber el compartir, el enseñar y el aprender.

Finalmente, se espera que las respuestas para una Caja Costarricense de Seguro Social centenaria, se encuentren direccionando las acciones hacia la promoción de la salud; en particular la orientación de los servicios de salud como línea de acción para el cambio y la consecución de la equidad.

Bibliografía

Agudelo, M. 2011. Niveles, tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en Costa Rica según provincias, 2000-2009. En: *Población y Salud en Mesoamérica*. 9 (1), julio-diciembre.

Bejarano, Allan y otros. 2013. Las TIC como herramientas de acceso a la información para la promoción de la salud – Estudio de caso “Mujeres que salvan vidas”, Costa Rica. En: *Las TIC en algunos de los retos del sector salud: Panorama, experiencias y perspectivas*. Vol.2. Bogotá: Colombia Digital.

Becerra, M. y Sánchez, L. 2011. El liderazgo en las organizaciones inteligentes. En: Revista científica digital del Centro de Investigación y Estudios Gerenciales. 1(4), 61-71. En línea: [http://www.grupocieg.org/archivos_revista/1-4%20\(61-71\)%20becerra%20sanchez%20rcieg%20mayo%2011_articulo_id29.pdf](http://www.grupocieg.org/archivos_revista/1-4%20(61-71)%20becerra%20sanchez%20rcieg%20mayo%2011_articulo_id29.pdf)

Cabrera-Sandoval, J. 2009. El empoderamiento de enfermería y las organizaciones inteligentes. En: *Enfermería en Costa Rica*. 30(1) 19-25. En línea: revista.enfermeria.cr/sites/default/files/El%20empoderamiento%20de%20enfermer%C3%ADa%20y%20las%20organizaciones%20inteligentes.pdf

Ceballos, G- Giraldo, C. 2011. Autobarreras de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. *Revista Aquichan*. Universidad de la Sabana.

Gibson J. y otros. 1992. *Organizaciones*. México: McGraw-Hill.

Jaramillo , V. y otros. 2016. eGovernment and its Relationship to eHealth. The Road to Improving Health Access in the Region. En: *eHealth Conversations: Using Information Management, Dialogue, and Knowledge Exchange to Move Toward Universal Access to Health*. Washington: PAHO/WHO.

León M., R. y otros. 2003. Las organizaciones inteligentes. En: *Industrial Data*, Revista de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos Perú. 6(2), 082-087. En línea: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/indata/Vol6_n2/pdf/organizaciones.pdf

Sáenz, R. Gutiérrez, M. Alvarado, P. Bejarano, A. (2013) Mujeres que Salvan Vidas: Resultados (Video). Disponible desde: <https://www.youtube.com/watch?v=d7aGiaMQoN8>

Nogueira, A. 2015. Posgrado en Salud Colectiva. Universidad de Brasília. Tesis de maestría. Gestión de Políticas Intersectoriales: Un análisis de la política nacional de promoción de la salud.

Neto N, AL. 2015. *Gestão de políticas públicas intersectoriais: uma análise da política nacional de promoção da saúde*. Disertación para obtener el título Mestre em Saúde Coletiva, Brasília: Universidade de Brasília. En línea: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/20643/1/2015_Ant%c3%b4nioLeopoldoNogueiraNeto.pdf

Perfiles Tecnológicos. 2013. Prototipo: sistema de información y seguimiento de navegación de pacientes.

Pinto, CRJ. 2006. As ONGs e a Política no Brasil: Presença de Novos Atores. En: *Dados*, Revista de Ciências Sociais. 49(3), 651-670. Universidade do Estado de Rio de Janeiro.

Rechnitzer M, AE. 2014. Análisis de la judicialización en la gestión de medicamentos. Caso de estudio del Trastuzumab en el tratamiento del cáncer de mama en Costa Rica. En: *Cadernos Ibero-Americanos de Direito Sanitário*. 3(2), 10-20.

Sáenz M, R y otros. 2012. *Sistematización: proyecto navegación de pacientes con cáncer de mama*. Heredia: UNA.

Souza, R. 2005. Poder local e implementação da política de saúde: dilemas da gestão *descentralizada*. Tesis para obtener el título de doctor en salud pública. Río de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. En línea: <http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/iciict/4492/2/262.pdf>

La ruta de atención como herramienta para la reducción de inequidades en cáncer de mama

Allan Bejarano Sandoval
Ileana Vargas Umaña

Introducción

Costa Rica cuenta con una larga trayectoria de universalización de la seguridad social, que inicia desde los años 60. Este proceso no ha sido fácil y se ha encontrado con una serie de limitaciones, aun así, para los años noventa cerca de 90 % de la población se encuentra cubierta por el seguro de salud. Es importante destacar que mientras la realidad en otras latitudes de América Latina es que aún no se ha logrado una cobertura para todos, Costa Rica tiene veinte años sosteniéndola (Muisser, 2011).

Entre la población costarricense, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que es el centro del sistema, cuenta con un lugar privilegiado. Las diferentes encuestas de opinión señalan que es una de las mejores instituciones públicas, y en ese sentido se constituye en un pilar de la democracia; no obstante, se señalan como sus principales debilidades, las insuficiencias en la atención primaria, el maltrato personal recibido por los pacientes, las listas de espera para los diferentes procedimientos y las barreras de acceso (Herrero y Durán, 2001).

Las tendencias sociales y demográficas del mundo actual han introducido nuevos desafíos para la salud pública en los países desarrollados y en vías de desarrollo. Diversos factores en la esfera global, han determinado el aumento en la incidencia de enfermedades crónicas: el envejecimiento de la población, el limitado ejercicio físico, la malnutrición y los hábitos de alimentación inadecuados; así como, el alto consumo de grasa y la reducida cantidad de fibra. Es por esto que resulta necesario identificar y reducir las brechas en salud, a partir de mejorar la equidad y eficiencia en las acciones (Morice y Anchía, 2003: 1-11).

Los países que ofrecen sistemas de salud de tipo nacional y público, que a su vez cuentan con nulos o escasos copagos, suelen caracterizarse por la existencia de listas de espera para la prestación de servicios determinados, en su mayoría visitas a especialistas, pruebas diagnósticas y cirugías de tipo electivo. Mientras que en los sistemas privados, su prestación y la velocidad con que se brindan los servicios depende del pago o de la cobertura del seguro de salud. Al ser la Caja Costarricense de Seguro Social un patrimonio de los costarricenses, sería difícil imaginar una situación en la que se disparen los gastos de bolsillo, puesto que no es lo acostumbrado; esta situación podría provocar en la población mayor vulnerabilidad (Martínez, J. 2011).

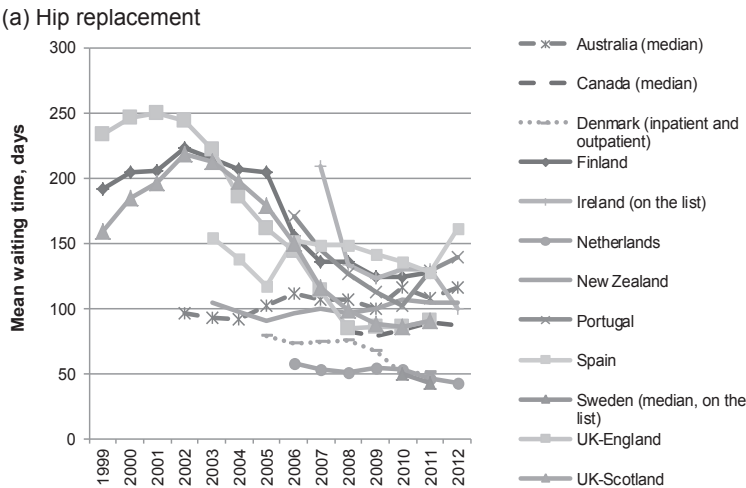
La existencia de listas de espera responde, entre otros factores, a que la recepción de un determinado servicio no lleva implícito el pago de ningún tipo; por lo tanto, la demanda suele ser mayor a la oferta disponible. La espera no sería un problema; es más, sería deseable para lograr una efectiva gestión de los recursos, si el tiempo de espera para recibir la atención requerida fuera “razonable”. No obstante, en la actualidad, debido al cambio en el perfil epidemiológico y la carga de la enfermedad, la gestión de listas de espera se convierte en un verdadero reto para los sistemas de salud y para lograr la eficiencia y la eficacia bajo un enfoque de equidad. Esta espera es indebida, traumática e inefectiva, si provoca repercusiones irreversibles para la salud de los asegurados, como es generalmente en el caso del cáncer (Rodríguez y otras, 2008).

En lo que respecta a la medición de tiempos existen contrastes entre los percibidos y los reales. Esto se genera por la identificación imprecisa de los profesionales de salud de los tiempos de espera y por la alteración del estado mental del paciente, producida por la ansiedad que le genera la espera. De igual manera, la ausencia de relojes visibles, la espera incierta y el no entender las preguntas realizadas en las encuestas, son detalles que pueden incidir y que podrían derivar en una valoración inapropiada de los tiempos de espera, por parte de los gobiernos. La espera se convierte en datos que plantean a los gobiernos objetivos entre los 6 y los 3 meses para el tratamiento de pacientes hospitalizados y ambulatorios; tiempos que fueron considerados inicialmente como un *proxy* para la creación de datos “inaceptables o aceptables” para los tiempos de espera (Hacker y Stanistreet, 2004).

En el caso de Canadá, que cuenta con un sistema de seguridad social similar al costarricense, las diferentes encuestas evidencian insatisfacción con los tiempos de espera para la atención. Se ha demostrado que existen casos con tiempos de espera excesivos. Los informes en ese país apuntan a que el problema es fundamentalmente de acceso. En ese contexto, el Instituto Fraser logró demostrar que en el 2005 se encontró en 12 especialidades, tiempos de espera por consulta especializada de 8,3 semanas en promedio, lo que se ha considerado excesivo (Paterson y otros, 2006).

A continuación, en la figura 1 se presentan ejemplos de tiempos de espera para el caso específico de reemplazo de cadera, en diferentes países del mundo:

Figura 1. Tiempos de espera para reemplazo de cadera en algunos países



Fuente: Siciliani y otros (2014).

Como se observa en términos generales, hay una tendencia decreciente del año 2002 al 2012, lo cual es favorable; sin embargo, el análisis con base en promedios enmascara los casos extremos, lo cual es un tema álgido cuando se trata de cáncer.

Tiempos de espera en cáncer de mama

Dentro de los factores críticos en la atención del cáncer, se encuentra la oportunidad con la que se instauran los tratamientos. En cáncer de mama se relaciona directamente con las demoras en los diferentes tratamientos, lo que conlleva a una menor supervivencia. Por ejemplo, se ha identificado que en casos de tiempos superiores a tres meses entre la aparición de los síntomas y el inicio del tratamiento, la supervivencia global disminuye en un 12 por ciento. Si bien es cierto, el enfoque terapéutico es un factor crítico en la supervivencia, el mayor peso estaría en la relación demora y estado clínico (Piñeros y otros, 2011).

Uno de los países que ha aplicado medidas que procuran normar los tiempos de espera en cáncer de mama es Chile, donde se ha establecido una política que plantea 30 días para pruebas diagnósticas ante sospecha, 45 días para la confirmación diagnóstica y 30 días para iniciar tratamiento. En otros países, el énfasis se ha dado en la reducción de tiempos para cirugía (Piñeros y otros, 2011).

De acuerdo con el Ministerio de Salud de Perú (2015) los tiempos de espera se pueden clasificar de la siguiente manera:

1. Tiempo de acceso “colas”.
2. Tiempo de espera dentro del establecimiento de salud.
3. Tiempo de atención dentro del consultorio.
4. Tiempo de espera para recibir fecha de cita.

Los tipos de tiempos de espera anteriormente mencionados, podrían reflejar el contexto costarricense. Piñeros y otros (2011) clasifican las listas de espera en tres tipos: espera de consulta con especialista, espera de diagnóstico y espera de tratamiento. Sobre los aportes mencionados anteriormente, vale la pena diferenciar los tiempos de espera para procedimientos y los correspondientes a la curación y el tratamiento. Estas dos últimas son las que suelen considerarse listas de espera, aunque en ocasiones la espera es más prolongada.

Por otro lado, es importante revisar la prioridad, o sea, el criterio a partir del cual un proceso o paciente debe ir antes de la otro: la gravedad del caso, la urgencia para recibir atención, los resultados esperados del médico y la paciente.

La medición de tiempos de espera varía en los diferentes países y se debe enmarcar en el contexto del sistema de salud de cada país y la oferta de servicios con la que cuenta. De igual forma, no se deben realizar mediciones como procesos meramente administrativos o matemáticos, sino desde perspectiva de los pacientes, partiendo del supuesto de que no se trate de emergencias. Se debe considerar, además, el contexto social y la vulnerabilidad del paciente, los factores pronósticos de las citas y las distancias físicas para el tratamiento.

Como parte del proyecto “Navegación de pacientes con cáncer de mama” (“Mujeres que Salvan Vidas”) que desarrollan la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica, se implementó la medición física de los tiempos de espera mediante la confección de la “Ruta de atención física”. Esta ruta describe, desde la perspectiva de la paciente, el recorrido que realiza por los servicios de salud; de forma que es posible establecer el tiempo de duración en las diferentes unidades del centro de salud respectivo.

Un ejemplo de esto es la ruta física del hospital San Juan de Dios, el cual es uno de los más antiguos y con mayor trayectoria en la seguridad social costarricense. En este centro no solo se identificaron los servicios de atención a las pacientes con cáncer de mama y los tiempos de espera, sino que también se midió la distancia de metros recorridos por las pacientes, en su desplazamiento dentro del hospital.

Para la definición de la ruta física se requirió de los siguientes insumos:

1. Mapa del hospital.
2. Identificación de los servicios de atención directa a las pacientes con cáncer de mama.
3. Odómetro: instrumento de medición que calcula las distancias recorridas por un cuerpo.

La utilización de un odómetro permite medir el recorrido desde la visión del paciente, haciendo mediciones entre las diferentes etapas y servicios. Para realizar estas mediciones, se recomienda tomar en cuenta lo siguiente:

1. Identificar trayectos que podrían ser comunes o usuales para los pacientes de cáncer de mama.
2. Validar los recorridos con la experiencia de las asociaciones de pacientes y del personal de salud (asistentes de pacientes, auxiliares, enfermeras, trabajadoras sociales y psicólogos, entre otros).

En las figuras 1 y 2 se presentan los mapas en distancias del hospital San Juan de Dios, del primero y segundo niveles, respectivamente, antes de la remodelación del área quirúrgica:

Figura n.º 1.
Mapa de los servicios de atención directa a las pacientes de cáncer de mama
Piso 1, hospital San Juan de Dios, 2014

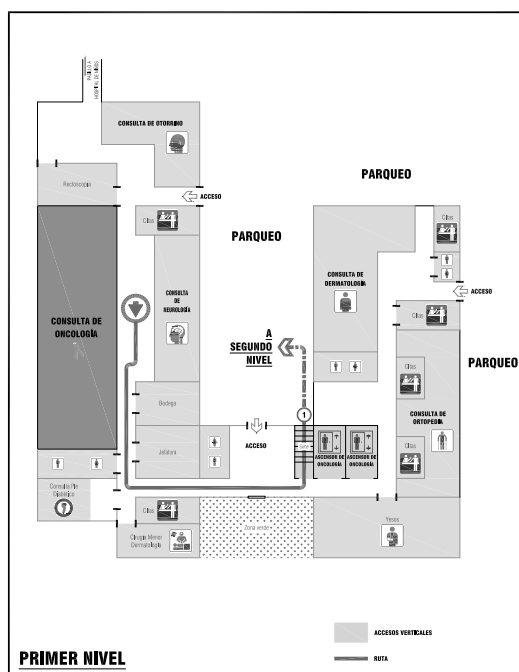


Figura n.º 2



Como se observa, las distancias en metros varían según la ubicación del servicio:

- De la entrada principal a ultrasonido: 61.1 m.
- De ultrasonido a la recepción de rayos x: 9.4 m.
- De rayos x a la recepción de oncología 73.2 m.
- De la recepción de oncología a los servicios de oncología (consultorios): 45.2 m.
- De la entrada principal del II nivel a la puerta de médicos: 205.9 m.
- De la puerta de médicos al auditorio de patología: 255.5 m.

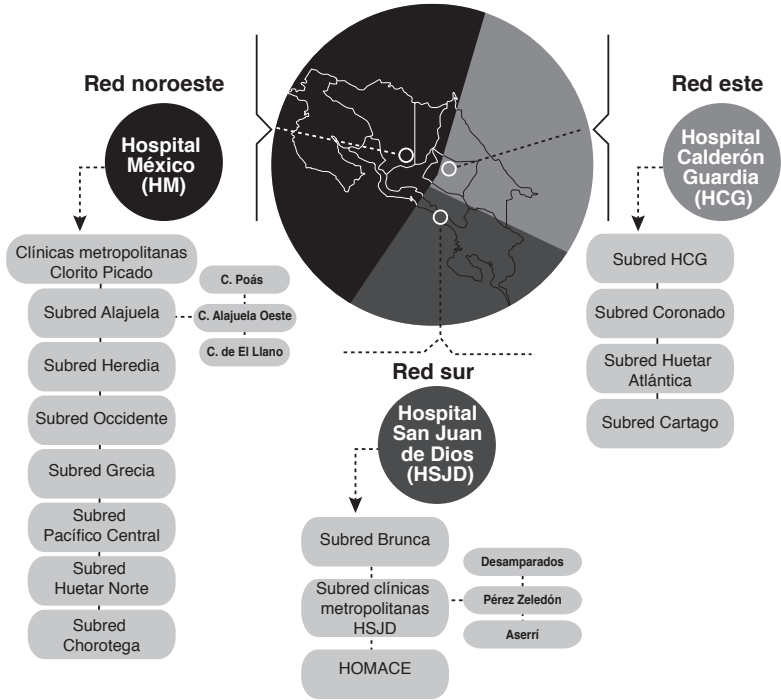
En las mediciones efectuadas se estimó un total de 2.44 km como la distancia que recorren las pacientes de cáncer de mama, en el contexto de ese centro médico. Se debe recalcar que esta estimación supone un conocimiento preciso por parte de las pacientes de la ubicación de los servicios a los cuales debe dirigirse; este tiempo aumenta considerablemente cuando la paciente recibe información inadecuada sobre la ubicación de cada servicio o si se desorienta debido a lo confuso del recorrido.

Navegación de pacientes

De acuerdo con las investigaciones sobre la situación del cáncer de mama, en el sistema nacional público de salud se encuentran serios vacíos en la detección temprana, tratamiento y rehabilitación; asimismo, se suma el agravante de un déficit de personal técnico y profesional a nivel nacional para atender esta enfermedad en el país. En la actualidad existen listas de espera en todos los procesos de atención a las mujeres con sospecha y con cáncer de mama, lo cual vulnera la integración de la paciente a la sociedad, tanto en su rol personal y laboral, como en el familiar, pues son muchos los factores que comprometen su salud, entre ellos, la desorientación sobre los pasos a seguir para recuperarse.

Dada esta problemática, se inicia el proyecto “Navegación de Pacientes” que busca darle voz a las pacientes y que esta voz tenga resonancia en los servicios de salud, para que respondan a las necesidades de las mujeres con sospecha o diagnosticadas de cáncer de mama. Actualmente se desarrolla en tres hospitales nacionales, uno especializado y dos regionales, como se describe en el siguiente esquema:

Figura n.º 3.
Hospitales donde se encuentra Navegación de Pacientes
2013-2016



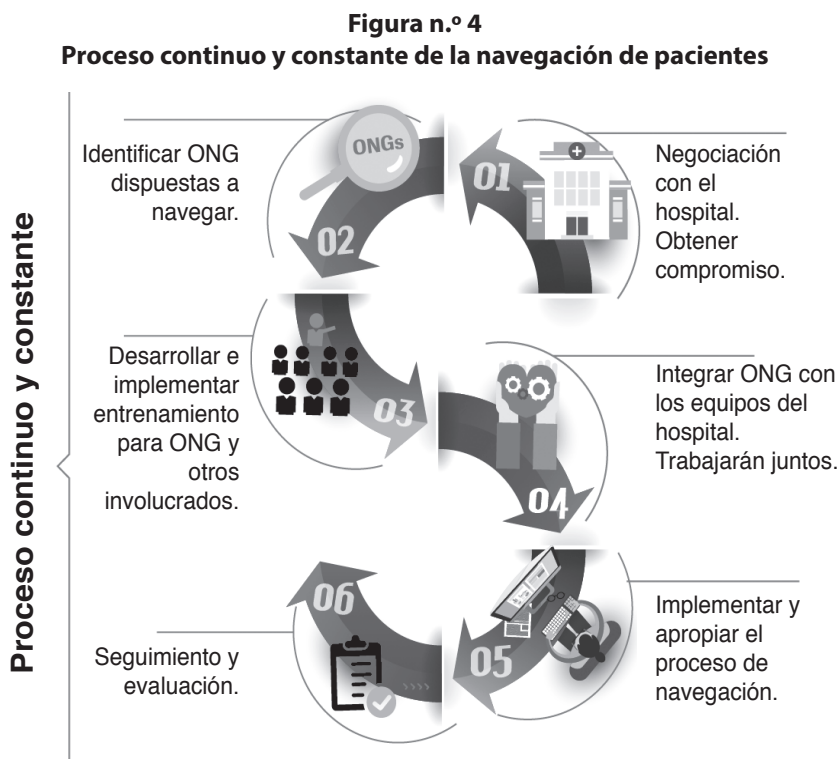
Fuente: elaboración propia.
Simbología: HOMACE = Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva

Como un proceso natural de observación de los servicios de salud, es interesante -desde la perspectiva del proyecto- la medición de las diferentes rutas de atención en el tiempo, de los diferentes hospitales.

El proyecto, por medio de su componente de navegación, brinda un servicio de acompañamiento a las mujeres sospechosas o diagnosticadas de cáncer de mama, en sus diferentes fases de la enfermedad, en los hospitales nacionales y regionales. El proyecto es un servicio complementario a la atención hospitalaria, dirigido a las pacientes y a sus familias. Las acompañantes o navegadoras son sobrevivientes de cáncer de mama o familiares de pacientes, que han formado parte de un proceso de capacitación de entre 6 y 12 meses.

Esta iniciativa parte de la articulación entre las universidades, los equipos técnicos de atención del cáncer, las direcciones de los hospitales y las organizaciones de pacientes; para mejorar la atención del cáncer de mama y humanizar los servicios de salud; así como para la mejora continua y la reducción los tiempos de espera y las barreras en la atención que identifican las pacientes. Este esfuerzo nace como un proyecto de acción social entre la Universidad de Costa Rica y la Universidad Nacional y parte del marco discursivo de la promoción de la salud, desde sus líneas de reorientación de servicios de salud y participación social y mediante el financiamiento del Consejo Nacional de Rectores.

En la siguiente figura (n.º 4) se presentan las seis etapas del modelo de navegación de pacientes, para el abordaje de las mujeres con cáncer de mama:



Fuente: elaboración propia

Etapa I. Negociación y concertación

Se realiza un acercamiento entre la universidad y los servicios de salud, para la presentación formal del proyecto, de sus alcances y de la capacidad instalada necesaria para desarrollarlo de manera exitosa. El proyecto de navegación se ajusta a las diferentes realidades de los centros hospitalarios; a las limitaciones y fortalezas de cada centro, ya que las características de las pacientes de cada red y la forma en que se realizan los contactos iniciales son diferentes en los hospitales nacionales, en los regionales y en los periféricos.

Etapa II. Vinculación universidad – servicios de salud

La vinculación entre la universidad y los servicios de salud se realiza por medio de un acompañamiento en la atención de los pacientes con cáncer de mama y de las sesiones de mama para navegación. Esto tiene el propósito de conocer las características del hospital, para el desarrollo del modelo de navegación de pacientes. Todos los hospitales cuentan con diferente oferta de servicios, por lo que la navegación debe ser contextualizada y acordada entre las partes.

Además, se debe contar con la retroalimentación de la ONG que participará en cada centro de salud. Es importante que el personal que facilita el proyecto conozca las características del hospital, la dinámica sociocultural en la prestación de los servicios de salud y la perspectiva de la ONG, para que de esta forma se apoye de una mejor manera a las mujeres que viven con cáncer de mama.

Se debe seleccionar una facilitadora o coordinadora de navegación, que debe ser la persona que contribuya a articular el voluntariado. Dentro de las principales características de esta persona se encuentran el liderazgo y la facilidad para trabajar en equipo. La coordinadora de navegadoras será la encargada de velar por el cumplimiento de las tareas asignadas.

Etapa III. Capacitación a las voluntarias

Criterios indispensables para ser acompañante de pacientes:

- a. Ser del área de atracción del hospital.
- b. Ser sobreviviente de cáncer de mama o copaciente (familiar de paciente).
- c. Saber leer y escribir.
- d. Ser mayor de edad.
- e. Realizar la labor de forma voluntaria.
- f. Ser parte de una ONG que trabaje en el hospital.
- g. Contar con disponibilidad de horario.

El cáncer de mama es una patología compleja que cambia la vida de las pacientes y de sus familias; por lo tanto, para lograr un buen acompañamiento de estas pacientes, es necesario que las voluntarias adquieran los conceptos básicos de la enfermedad y del proyecto de navegación. Las voluntarias deben cumplir con los requisitos del programa y recibir una capacitación que estará a cargo del equipo interdisciplinario del hospital, con el apoyo de la academia. Las voluntarias son uno de los actores clave en el desarrollo de la navegación de pacientes; por lo que la capacitación se visualiza como una estrategia para fortalecer las capacidades del voluntariado y generar el acercamiento con el servicio.

Los ejes temáticos que se desarrollen se definen con la participación de todos los involucrados (hospital, ONG y academia). Para el desarrollo de esta etapa se propone establecer módulos de capacitación con base en las necesidades, los vacíos y las características de las voluntarias.

La incorporación de la organización no gubernamental en el apoyo a pacientes con cáncer de mama, inicia por lo general con los seguimientos de la ONG durante las sesiones de mama, el internamiento, la hospitalización, la cirugía y el acompañamiento en el consultorio.

Etapa IV. Implementación de la navegación de pacientes

Previo al inicio de la implementación, se requiere de construir la ruta de atención, lo cual se realiza en tres momentos clave. Primero se construye el flujograma desde la visión del paciente, que no debe tener injerencia externa; luego viene la inclusión de los tiempos de espera, a partir del trabajo en los grupos focales, identificando los tiempos mínimos y los máximos; la tercera etapa es la validación de estos tiempos de espera, con los profesionales del hospital.

Luego de capacitar a las voluntarias, se inicia la implementación del servicio de acompañamiento. Este consiste en abordajes cara a cara, llamadas de seguimiento, recordatorio de citas y organización de sesiones de análisis con los equipos de las unidades de mama y con la dirección médica. El programa de navegación plantea captar a las pacientes de cáncer de mama desde su diagnóstico, hasta el tratamiento de su enfermedad, por aproximadamente 12 a 18 meses, mediante llamadas mensuales de seguimiento y de recordatorio, mayoritariamente.

Etapa V. Evaluación del programa

Como parte del proceso de retroalimentación, se realiza una evaluación del programa desde la perspectiva de los servicios de salud, de las pacientes y de sus acompañantes.

Diseñando rutas de atención en cáncer de mama

Como ya se mencionó, en la tercera etapa se construye la ruta de atención, la cual se considera como un proceso vital para el preciso acompañamiento de las pacientes. Durante esta etapa se realiza el diseño de los flujogramas, con base en la experiencia y visión de los expertos del equipo, para la identificación de los puntos de contacto de las pacientes con los servicios de salud; así como para determinar los tiempos de espera entre los puntos de contacto.

La información se recopila por medio de entrevistas individuales, grupales y por medio de la atención de grupos focales con sobrevivientes de esta patología, circunscritas al área de atracción del hospital y seleccionadas mediante el método de selección intencional y voluntaria. En estos flujogramas no se incluye el tiempo de tratamiento farmacológico y se trabaja con rangos de tiempo mínimos y máximos; a fin de visibilizar las inequidades existentes en los tiempos reales de atención (Sampieri y otros: 1996 y Del Mar García 2010: 3). Todo esto permite, además, realizar un análisis de los servicios y de la atención que reciben las pacientes con cáncer de mama.

Resultados

Dentro de los principales resultados del proyecto, se encuentra la definición de ocho rutas de atención.

A continuación se presenta, de forma concreta, la articulación de los diferentes servicios en el caso de cuatro hospitales nacionales, que se encuentran en diferentes momentos de la ruta de atención.

Figura n.º 5
Ruta de atención, primer momento metodológico
Hospital Calderón Guardia

[illegible]

Simbología: US = ultrasonido MMG = mamografía TAC = tomografía axial computarizada

En el hospital de Alajuela, por encontrarse en el tercer momento metodológico, ya se incluyen las estimaciones de los tiempos de espera para obtener la atención en las diferentes unidades (figura n.º 6).

RUTA DE ATENCIÓN Paciente de Cáncer de Mama

Hospital San Rafael de Alajuela – HSRA - 2012

```

graph LR
    Start([Paciente con sospecha]) --> Q1{?}
    Q1 --> A1[Saca cita en el Ebáis]
    A1 --> Q2{?}
    Q2 --> A2[Atención en el Ebáis]
    A2 --> Q3{?}
    Q3 --> A3[Se envía a clínica de mama]
    A3 --> Q4{?}
    Q4 --> A4[CITA clínica de mama]
    A4 --> Q5{?}
    Q5 --> A5[Llevar referencia al HSRA]
    A5 --> T1[1 sem.]
    T1 --> A6[Priorización de casos por parte de médico radiólogo]
    A6 --> T2[1 día a 1 sem.]
    T2 --> A7[Se asigna fecha del ultrasonido y/o mamografía]
    A7 --> T3[1 día a 1 sem.]
    T3 --> A8[Llamada a la paciente para indicarle fecha y hora de cita]
    A8 --> T4[1 sem.]
    T4 --> A9[La paciente recoge la referencia en el HSRA]
    A9 --> T5[1 día]
    T5 --> A10[Ventanilla para sacar citas doctor]
    A10 --> T6[1 sem.]
    T6 --> A11[Revisión médico]
    A11 --> T7[1 sem.]
    T7 --> A12[Sacar cita mamografía y/o ultrasonido]
    A12 --> T8[1 sem. a 1 año]
    T8 --> A13[Espera de cita]
    A13 --> Q6{?}
    Q6 --> T9[15 días a 1 mes]
    T9 --> A14[Se entregan resultados]
    A14 --> T10[1 mes]
    T10 --> A15[Espera de resultados]
    A15 --> Q7{?}
    Q7 --> A16[Biopsia]
    A16 --> T11[1 sem.]
    T11 --> A17[Visita médico y enfermera de clínica de mama]
    A17 --> T12[1 a 3 días]
    T12 --> A18[Hospitalización de la paciente]
    A18 --> T13[15 días a 2 meses]
    T13 --> A19[Referencia RM]
    A19 --> Q8{?}
    Q8 --> A20[Cita atención personalizada]
    A20 --> T14[1 día a 1 sem.]
    T14 --> A21[BIRAD 4-6]
    A21 --> T15[1 día]
    T15 --> A22[Resultados]
    A22 --> A23[Cita con el médico]
    A23 --> T16[1 a 6 meses]
    T16 --> A24[Espera resultados]
    A24 --> Q9{?}
    Q9 --> A25[Mamografía]
    A25 --> T17[1 sem. a 1 año]
    T17 --> A26[Ultrasonido]
    A26 --> A27[Espera de cita]
    A27 --> Q10{?}
    Q10 --> A28[Crugía]
    A28 --> T18[1 sem.]
    T18 --> A29[Se da seguimiento en IMH]
    A29 --> T19[15 días a 1 mes]
    T19 --> A30[Se da seguimiento en IMH]
    A30 --> T20[15 días a 1 mes]
    T20 --> A31[Se da seguimiento en IMH]
    A31 --> T21[15 días a 1 mes]
    T21 --> A32[Se da seguimiento en IMH]
    A32 --> T22[15 días a 1 mes]
    T22 --> A33[Se da seguimiento en IMH]
    A33 --> T23[15 días a 1 mes]
    T23 --> A34[Se da seguimiento en IMH]
    A34 --> T24[15 días a 1 mes]
    T24 --> A35[Se da seguimiento en IMH]
    A35 --> T25[15 días a 1 mes]
    T25 --> A36[Se da seguimiento en IMH]
    A36 --> T26[15 días a 1 mes]
    T26 --> A37[Se da seguimiento en IMH]
    A37 --> T27[15 días a 1 mes]
    T27 --> A38[Se da seguimiento en IMH]
    A38 --> T28[15 días a 1 mes]
    T28 --> A39[Se da seguimiento en IMH]
    A39 --> T29[15 días a 1 mes]
    T29 --> A40[Se da seguimiento en IMH]
    A40 --> T30[15 días a 1 mes]
    T30 --> A41[Se da seguimiento en IMH]
    A41 --> T31[15 días a 1 mes]
    T31 --> A42[Se da seguimiento en IMH]
    A42 --> T32[15 días a 1 mes]
    T32 --> A43[Se da seguimiento en IMH]
    A43 --> T33[15 días a 1 mes]
    T33 --> A44[Se da seguimiento en IMH]
    A44 --> T34[15 días a 1 mes]
    T34 --> A45[Se da seguimiento en IMH]
    A45 --> T35[15 días a 1 mes]
    T35 --> A46[Se da seguimiento en IMH]
    A46 --> T36[15 días a 1 mes]
    T36 --> A47[Se da seguimiento en IMH]
    A47 --> T37[15 días a 1 mes]
    T37 --> A48[Se da seguimiento en IMH]
    A48 --> T38[15 días a 1 mes]
    T38 --> A49[Se da seguimiento en IMH]
    A49 --> T39[15 días a 1 mes]
    T39 --> A50[Se da seguimiento en IMH]
    A50 --> T40[15 días a 1 mes]
    T40 --> A51[Se da seguimiento en IMH]
    A51 --> T41[15 días a 1 mes]
    T41 --> A52[Se da seguimiento en IMH]
    A52 --> T42[15 días a 1 mes]
    T42 --> A53[Se da seguimiento en IMH]
    A53 --> T43[15 días a 1 mes]
    T43 --> A54[Se da seguimiento en IMH]
    A54 --> T44[15 días a 1 mes]
    T44 --> A55[Se da seguimiento en IMH]
    A55 --> T45[15 días a 1 mes]
    T45 --> A56[Se da seguimiento en IMH]
    A56 --> T46[15 días a 1 mes]
    T46 --> A57[Se da seguimiento en IMH]
    A57 --> T47[15 días a 1 mes]
    T47 --> A58[Se da seguimiento en IMH]
    A58 --> T48[15 días a 1 mes]
    T48 --> A59[Se da seguimiento en IMH]
    A59 --> T49[15 días a 1 mes]
    T49 --> A60[Se da seguimiento en IMH]
    A60 --> T50[15 días a 1 mes]
    T50 --> A61[Se da seguimiento en IMH]
    A61 --> T51[15 días a 1 mes]
    T51 --> A62[Se da seguimiento en IMH]
    A62 --> T52[15 días a 1 mes]
    T52 --> A63[Se da seguimiento en IMH]
    A63 --> T53[15 días a 1 mes]
    T53 --> A64[Se da seguimiento en IMH]
    A64 --> T54[15 días a 1 mes]
    T54 --> A65[Se da seguimiento en IMH]
    A65 --> T55[15 días a 1 mes]
    T55 --> A66[Se da seguimiento en IMH]
    A66 --> T56[15 días a 1 mes]
    T56 --> A67[Se da seguimiento en IMH]
    A67 --> T57[15 días a 1 mes]
    T57 --> A68[Se da seguimiento en IMH]
    A68 --> T58[15 días a 1 mes]
    T58 --> A69[Se da seguimiento en IMH]
    A69 --> T59[15 días a 1 mes]
    T59 --> A70[Se da seguimiento en IMH]
    A70 --> T60[15 días a 1 mes]
    T60 --> A71[Se da seguimiento en IMH]
    A71 --> T61[15 días a 1 mes]
    T61 --> A72[Se da seguimiento en IMH]
    A72 --> T62[15 días a 1 mes]
    T62 --> A73[Se da seguimiento en IMH]
    A73 --> T63[15 días a 1 mes]
    T63 --> A74[Se da seguimiento en IMH]
    A74 --> T64[15 días a 1 mes]
    T64 --> A75[Se da seguimiento en IMH]
    A75 --> T65[15 días a 1 mes]
    T65 --> A76[Se da seguimiento en IMH]
    A76 --> T66[15 días a 1 mes]
    T66 --> A77[Se da seguimiento en IMH]
    A77 --> T67[15 días a 1 mes]
    T67 --> A78[Se da seguimiento en IMH]
    A78 --> T68[15 días a 1 mes]
    T68 --> A79[Se da seguimiento en IMH]
    A79 --> T69[15 días a 1 mes]
    T69 --> A80[Se da seguimiento en IMH]
    A80 --> T70[15 días a 1 mes]
    T70 --> A81[Se da seguimiento en IMH]
    A81 --> T71[15 días a 1 mes]
    T71 --> A82[Se da seguimiento en IMH]
    A82 --> T72[15 días a 1 mes]
    T72 --> A83[Se da seguimiento en IMH]
    A83 --> T73[15 días a 1 mes]
    T73 --> A84[Se da seguimiento en IMH]
    A84 --> T74[15 días a 1 mes]
    T74 --> A85[Se da seguimiento en IMH]
    A85 --> T75[15 días a 1 mes]
    T75 --> A86[Se da seguimiento en IMH]
    A86 --> T76[15 días a 1 mes]
    T76 --> A87[Se da seguimiento en IMH]
    A87 --> T77[15 días a 1 mes]
    T77 --> A88[Se da seguimiento en IMH]
    A88 --> T78[15 días a 1 mes]
    T78 --> A89[Se da seguimiento en IMH]
    A89 --> T79[15 días a 1 mes]
    T79 --> A90[Se da seguimiento en IMH]
    A90 --> T80[15 días a 1 mes]
    T80 --> A91[Se da seguimiento en IMH]
    A91 --> T81[15 días a 1 mes]
    T81 --> A92[Se da seguimiento en IMH]
    A92 --> T82[15 días a 1 mes]
    T82 --> A93[Se da seguimiento en IMH]
    A93 --> T83[15 días a 1 mes]
    T83 --> A94[Se da seguimiento en IMH]
    A94 --> T84[15 días a 1 mes]
    T84 --> A95[Se da seguimiento en IMH]
    A95 --> T85[15 días a 1 mes]
    T85 --> A96[Se da seguimiento en IMH]
    A96 --> T86[15 días a 1 mes]
    T86 --> A97[Se da seguimiento en IMH]
    A97 --> T87[15 días a 1 mes]
    T87 --> A98[Se da seguimiento en IMH]
    A98 --> T88[15 días a 1 mes]
    T88 --> A99[Se da seguimiento en IMH]
    A99 --> T89[15 días a 1 mes]
    T89 --> A100[Se da seguimiento en IMH]
    A100 --> T90[15 días a 1 mes]
    T90 --> A101[Se da seguimiento en IMH]

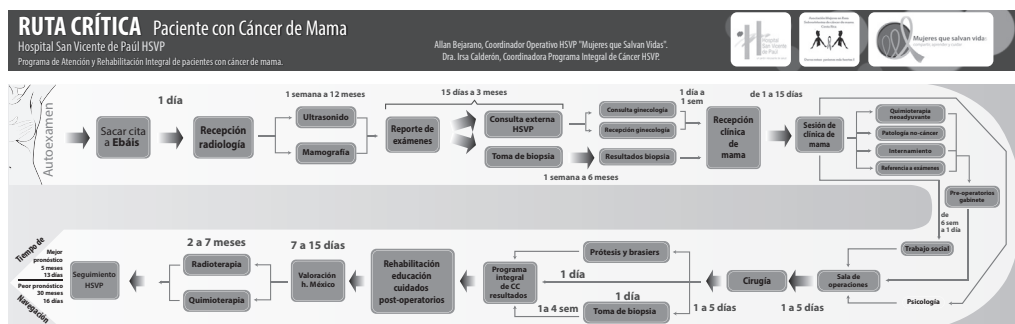
```

BIRAD: (llamado Breast Imaging Reporting and Data System or BI-RADS) clasifica los resultados en categorías numeradas de 0 a 6.

En esta ruta se identifican tiempos pronósticos mínimos de 5 meses, 1 semana y 1 día; y tiempos máximos de 24 meses y 2 semanas, para el ciclo completo de atención; se identifica, además, la duración que tuvo el paciente en los diferentes servicios. Con esto se logra visualizar que la mayor proporción del tiempo de espera se encuentra en las fases diagnósticas.

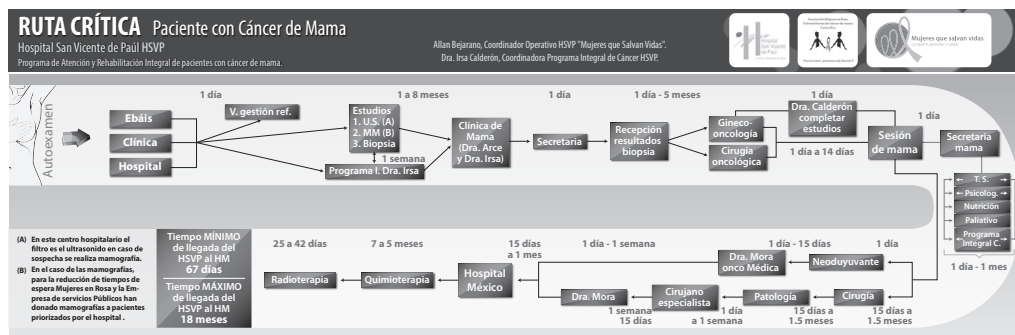
A continuación, en las figuras 7 y 8 se presentan las rutas de atención del hospital San Vicente de Paúl, que se encuentra en el tercer momento avanzado, con dos distintas mediciones.

Figura n.º 7
Ruta de atención, tercer momento
Primera medición 2014
Hospital San Vicente de Paúl



US = ultrasonido
MM = mamografía
TS = trabajo social

Figura n.º 8
Ruta de Atención, tercer momento
Segunda medición 2016
Hospital San Vicente de Paúl



US = ultrasonido
MM = mamografía
TS = trabajo social

Al comparar ambas rutas, se observa una reducción de 3 meses y 7 días en los tiempos de espera más cortos; mientras que, una reducción de 5 meses y 13 días en los más largos. Por lo que se puede identificar una reducción de las brechas y una mejora general en los tiempos de respuesta.

Dentro de las principales barreras que identificaron las pacientes en este centro médico, se encontraron las siguientes:

- Fallas en el primer nivel de atención.
- Espera por cita de reporte de mamografía.
- Fila para la programación de citas, posterior a la sesión de mama (Rayos X).

Mientras que dentro de las principales fortalezas se encontraron las siguientes:

- Soporte social: Navegación de Pacientes y la ONG.
- Uso de mensajería de texto como recordatorio de citas institucional.
- Seguimiento y apoyo emocional (casos priorizados referidos de navegación al Programa Integral de Cáncer).
- Buen trato y compromiso de los profesionales de salud.

De acuerdo con la percepción de diferentes actores, en el contexto de la navegación de pacientes de cáncer de mama, dentro de los principales aportes en los hospitales participantes se encuentran los siguientes:

Figura n.º 9
Beneficios de la navegación de pacientes con cáncer de mama



Fuente: elaboración propia.

Conclusiones

La ruta de atención y el proceso para construirla brindan aportes para valorar las inequidades en salud. Además, permiten reflejar las diferencias, en términos de recursos, articulaciones y acciones, entre centros hospitalarios de la seguridad social, de complejidad similar. También, permiten visualizar de forma gráfica el tránsito de los pacientes en el sistema de salud; con lo que se facilita establecer metas e identificar los principales cuellos de botella y la existencia de procesos administrativos innecesarios.

Es importante señalar la importancia de los pacientes en el proceso de construcción de las rutas de atención. Su participación en el proceso se vuelve esencial, pues permite reconstruir el proceso desde su vivencia y valorar la existencia de trámites innecesarios.

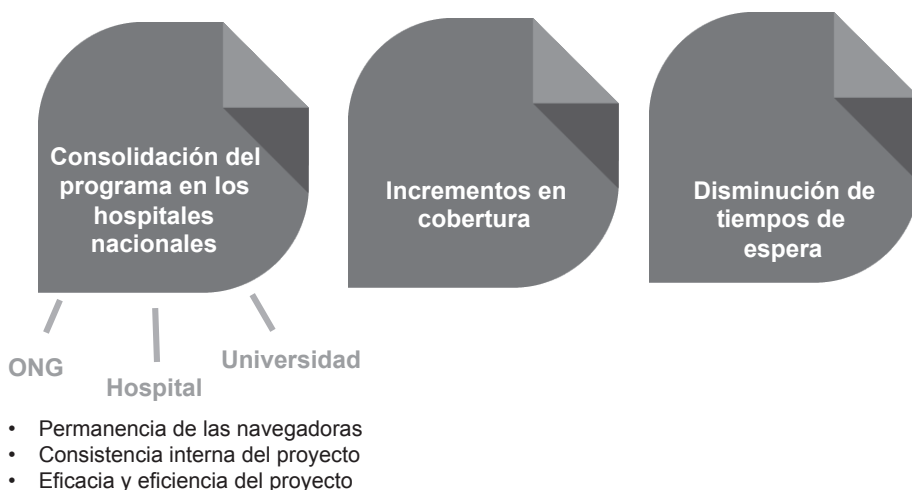
Esto refuerza los procesos de participación ciudadana en las nuevas formas gestión de los servicios de salud y permite el desarrollo de proyectos desde la base social de las organizaciones. Con ello se obtienen insumos importantes para las jefaturas, direcciones y altos mandos institucionales, sobre los requerimientos de los pacientes. Además, permite posibilita el acopio de visiones externas sobre los procesos en los diferentes centros de salud.

Se considera que los cambios y las transformaciones más profundos en el sistema, deben vincular a los diferentes actores de la sociedad; de forma que se permita llegar a verdaderas innovaciones sociales, para el beneficio de las poblaciones en condición de vulnerabilidad, (como es el caso de las pacientes de cáncer de mama).

En lo que respecta a la navegación de pacientes, se puede destacar que dentro de los principales retos del proyecto se encuentran los siguientes:

Figura n.º 10
Retos de la navegación de pacientes de cáncer de mama

Retos



Se considera que la navegación de pacientes debe convertirse en una parte de la oferta de servicios que el hospital brinda a sus usuarios. Por eso, se espera que el resultado de este proyecto sea un hospital con un equipo interdisciplinario de atención al cáncer de mama, comprometido con la navegación de pacientes y coordinando con una ONG líder en navegación dentro del hospital, una persona líder comprometida y voluntarias interesadas en formar parte del proceso. En esta fase, el trabajo debe incluir el involucramiento y la creación de un vínculo entre el hospital, como prestador del servicio de salud, la organización no gubernamental y el proyecto de navegación de pacientes, como guía del proceso.

Ante su centenario, la Caja Costarricense de Seguro Social debe ser autocrítica en lo que respecta a la medición de sus acciones y de su realidad. Todo esto será fundamental en su fortalecimiento, desde la reorientación de los servicios de salud a la promoción de la salud, como es el caso que se presenta en este proyecto.

Fuentes de referencia

Abásolo I y otros. 2014. Utilización y tiempos de espera: dos vertientes inseparables del análisis de la equidad en el acceso al sistema sanitario público. En: *Hacienda Pública Española*, 208(1): 11-38.

Arce Ramírez CA. 2003. Las listas y tiempos de espera: sus razones y su efecto sobre la gobernanza en la Caja Costarricense de Seguro Social. En: *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social*, 11(2): 41-50.

Bernal E. 2002. ¿Ha llegado la hora de la gestión de las listas de espera?. En: *Gaceta Sanitaria*, 16(5): 436-439.

Carbonell Torregrosa MA y otros. 2006. Determinantes del tiempo de espera en urgencias hospitalarias y su relación con la satisfacción del usuario. En: *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*. 18(1): 30-35.

García-Calvente, M. D. M., Lozano, M. D. R., Castaño López, E., Mateo Rodríguez, I., Maroto Navarro, G., & Hidalgo Ruzzante, N. (2010). Gender analysis of primary care professionals' perceptions and attitudes to informal care. *Gaceta Sanitaria*, 24(4), 293-302.

Gutiérrez E y otros. 2009. Tiempo de espera y su relación con la satisfacción de los usuarios en la farmacia central de un hospital general de Lima. En: *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 26(1): 61-65.

Hacker J y Stanistreet D. 2004. Equity in waiting times for two surgical specialties: a case study at a hospital in the North West of England. En: *Journal of Public Health*. 26(1), 56-60.

Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 2 ed. México: McGraw Hill; 1991. pp. 184.

Herrero, F y Durán F. 2001 El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica. Cepal, Naciones Unidas.

Martínez, J. (2011) La CAJA de Pandora. Universidad de Costa Rica. (Video) disponible desde:

Ministerio de Salud de Perú (2015). Informe de medición de tiempos de espera atención en consultorios externos. Hospital María Auxiliadora. Oficina de Gestión de la Calidad.

Morice, A. & Achia, M. (2003). Tendencias, costos y desafíos para la atención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Rev. cienc. adm. financ. segur. Soc.* ISSN 1409-1259. 11(1), 18-34.

Muisser, J (2013) VIGÉSIMO INFORME ESTADO DE LA NACIÓN EN DESARROLLO HUMANO SOSTENIBLE (2013) .La Seguridad Social en Costa Rica en los últimos veinte años: Comportamiento del seguro de salud en perspectiva comparada (1990 – 2010).

Mujeres que Salvan Vidas (2016). Bejarano, A. Gestor hospital. Ruta de Atención. Hospita San Vicente de Paúl.

Mujeres que Salvan Vidas (2013) Alvarado, R. Gestor hospital. Ruta de Atención. Hospital de Alajuela. Universidad de Costa Rica.

Mujeres que Salvan Vidas (2015) Alvarado, R. Gestor hospital. Ruta de Atención. Hospital Calderón Guardia. Universidad de Costa Rica.

Nebot Adell C y otros. 2005. La opinión de los usuarios como oportunidad de mejora en atención primaria. En: *Atención Primaria*, 35(6): 290-294.

Paterson WG y otros. 2006. Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. En: *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 20(6): 411-423.

Peiró S. 2000. Algunos elementos para el análisis de las listas de espera. En: *Gestión Clínica y Sanitaria*, 2(4): 126-131.

Piñeros y otros. 2011. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. En: *Salud Pública de México*. 53(6): 478-485. Recuperado el 25 de junio de 2016, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000600003&lng=es&tlng=es.

Rodríguez, E. y otras. 2008. Racionamiento vía listas de espera: medidas de mejora y posibles implicaciones. En: *Cad. Saúde Pública*, 24(3), 702-707, Río de Janeiro.

Siciliani L y otros. 2014. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. En: *Health Policy*, 118: 292-303.

Thompson DA y otros. 1996. How accurate are waiting time perceptions of patients in the emergency department?. En: *Annals of Emergency Medicine*. 28(6):652-656.

Certificados y firma digital: hacia una gestión más eficiente y transparente

Manuel Emilio Montillano Vivas

Sociedad del conocimiento

La red internet se ha convertido en un recurso global disponible e indispensable para las personas, empresas e instituciones públicas y privadas. Su uso y gestión debe ser uno de los asuntos esenciales para la sociedad de la información. “La gestión internacional de internet debe ser multilateral, transparente y democrática, y contar con la plena participación de los gobiernos, el sector privado, la sociedad civil y las organizaciones internacionales”, señala la Declaración de Principios de la Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información (2004).

La noción de “sociedad del conocimiento” surgió en 1993, cuando Peter Drucker escribió el libro *La sociedad poscapitalista*, en donde destaca la necesidad de generar una teoría económica que coloque el conocimiento en el centro de la producción de la riqueza y, a su vez, señalaba que lo más importante no era la cantidad del conocimiento, sino más bien su productividad.

La Unesco ha adoptado la expresión “sociedad del conocimiento”, o su variante “sociedades del saber”, dentro de sus políticas institucionales. Ha desarrollado una reflexión en torno del tema, que busca incorporar una concepción más integral, no solo en su dimensión económica. (Fuente: portal.unesco.org)

La sociedad del conocimiento debe ser considerada como una nueva era, la cual promete cambios principalmente en instituciones de Gobierno, que deben encontrar la forma de incorporar tecnologías en los procesos de enseñanza-aprendizaje, para lograr un nuevo conocimiento.

El camino de la firma digital en la seguridad social

La firma digital es un instrumento generador de confianza en las comunicaciones telemáticas y es un dinamizador de la administración y del comercio electrónico. Esto se logra al elevar los estándares de seguridad de las comunicaciones y garantizar la identidad de los comunicantes, la autenticidad de las comunicaciones y la integridad de los contenidos. En ese sentido, la Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, dispone en su artículo 6 lo siguiente:

Cuando legalmente se requiera que un documento sea conservado para futura referencia, se podrá optar por hacerlo en soporte electrónico, siempre que se apliquen las medidas de seguridad necesarias para garantizar su inalterabilidad, se posibilite su acceso o consulta posterior y se preserve, además, la información relativa a su origen y otras características básicas.

Las tendencias modernas se caracterizan por el uso y la importancia cada vez mayor de las herramientas tecnológicas en el desarrollo de la mayor parte de los procesos, las operaciones y las transacciones, en todos los sectores del quehacer institucional.

Dentro de ese marco, el uso de la firma digital se constituye en una de esas herramientas, en tanto permite garantizar la autoría e integridad de los documentos digitales. Con esto, los documentos digitales logran una característica que antes era propia, únicamente, de los documentos físicos o en papel.

En nuestro país, la promulgación de la ley número 8454, Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, del 30 de agosto de 2005, marca el principio de una serie de esfuerzos realizados por el Gobierno, tendientes a la modernización del sistema estatal, a través de la simplificación de trámites y de la eficiencia en las operaciones.

De acuerdo con esta ley, la firma digital emitida por una autoridad certificadora registrada, tiene la equivalencia jurídica de una firma manuscrita o documental.

Una firma digital es un conjunto de datos asociados a un mensaje digital que permite garantizar la identidad del firmante y la integridad del mensaje. La firma digital no implica asegurar la confidencialidad del mensaje; un documento firmado digitalmente puede ser visualizado por otras personas, al igual que cuando se firma holográficamente.

La firma digital es un instrumento que tiene características técnicas y normativas. Esto significa que existen procedimientos técnicos que permiten la creación y verificación de firmas digitales y, a su vez, cuerpos normativos que respaldan el valor legal que poseen esas firmas.

Con la anterior definición nos damos cuenta que la herramienta de firma digital no solo se circunscribe a los documentos, sino que abarca todos los procesos administrativos e informáticos que se realizan a lo interno y externo de una institución y, en nuestro caso, de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En ese sentido, la firma digital da la oportunidad a la CCSS para que inicie un proceso de reingeniería consistente en la revisión de actividades, procesos y gestiones, tanto internas como externas. Los resultados de esta revisión permitirán readecuar sus modelos y modificar la forma tradicional de realizar las actividades y de almacenar la información.

El inicio de la firma digital en la seguridad social da sus primeros pasos en el año 2010, con la conformación de un equipo de trabajo compuesto por funcionarios de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones e integrantes de los centros de gestión informática de las gerencias.

En el año 2011, la Gerencia de Infraestructura y Tecnología reúne a dos funcionarios de distintas disciplinas profesionales (un abogado y un informático) para establecer una ruta a seguir en la institución, para aplicar los certificados digitales y la firma digital. Como resultado de este trabajo se tiene el primer estudio de viabilidad, el cual permitió continuar con pruebas de concepto y con el desarrollo del primer procedimiento para el otorgar certificados a los funcionarios de la institución.

Con la publicación de este procedimiento se dio inicio a muchos procesos; entre los principales se pueden citar el proceso de compras electrónicas y el establecimiento de comunicaciones por parte de la Auditoría Interna.

El futuro de la firma digital en la seguridad social

Hoy día, la Caja Costarricense de Seguro Social está desarrollando esfuerzos en diferentes áreas para implementar una estrategia digital en la que los certificados de autenticación de la firma digital tienen un papel protagonista.

La ley 8454, establece tres tipos de certificados a saber: certificados de persona física, certificado de estampado de tiempo y el certificado de sello electrónico o persona jurídica. Este último permite a nuestra institución enfocar su mirada al cambio del uso del papel por el uso de las comunicaciones, brinda la oportunidad de analizar cada proceso administrativo y valorar cuales documentos o transacciones deben ser firmados por funcionarios y cuáles firmados como institución, este tipo de certificado brinda una oportunidad de identidad nueva en el mundo electrónico a las acciones que se ejecutan diariamente en nuestras oficinas.

Un beneficio directo del uso del sello electrónico, sería la reducción de filas en nuestras sucursales, donde diariamente llegan ciudadanos a solicitar certificaciones que indique que su trámite, o gestión se encuentra al día con la CCSS, este servicio se puede sustituir por una simple consulta a nuestro sitio web. En forma adicional con la puesta en marcha de este certificado nuestra institución puede establecer convenios con instituciones del Gobierno para suministrar o solicitar información certificada y garantizada haciendo uso de sistemas de información.

Con la firma digital, el uso de las tecnologías y con algunos ajustes en los procedimientos administrativos, los servicios de salud podrían llegar hasta el hogar de las personas o donde se encuentren. Un ciudadano podría consultar con un farmacéutico sobre sus medicamentos sin necesidad desplazarse, tan solo haciendo uso de un teléfono o un acceso a internet. Un proveedor podría concursar en un proceso de compra de la CCSS sin desplazarse a nuestras oficinas, presentar los documentos y ofertar con tan solo el acceso a internet, certificando los documentos aportados con firma digital y garantizando las transacciones con los certificados de sello tiempo.

El sellado de tiempo es un método para probar que un conjunto de datos existió antes de un momento dado y que ninguno de estos datos ha sido modificado desde entonces. El sellado de tiempo proporciona un valor añadido al uso de la firma digital, ya que esta por sí sola no proporciona ninguna información acerca del momento de creación de la firma y esta podría haber sido proporcionada por cualquiera de las partes que tuvieran acceso al documento firmado digitalmente. Lo recomendable es que la marca de tiempo sea proporcionada por una tercera parte de confianza.

Con el sello de tiempo y la firma digital, la institución garantiza todo tipo de documentos y transacciones. Hoy día, un oficio puede durar varios días en llegar a su destinatario; con el uso de la tecnología, aplicando la firma digital y el sello de tiempo, es posible que un oficio llegue en menos de un segundo, con la garantía no solo de que el firmante es quien dice ser, sino de que la hora y fecha que se consignan son verdaderamente las de la firma del documento.

La Caja Costarricense de Seguro Social está dando los primeros pasos y dos de los proyectos que para el año 2017 se iniciarán son: Acceso único y firma institucional o sello electrónico. ambos proyectos son impulsados desde la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones.

El proyecto de acceso único permitirá a los funcionarios ingresar desde cualquier dispositivo o computador, a todos los sistemas institucionales autorizados para su perfil. Para ello solo tendrá que utilizar su certificado de autenticación de firma digital.

El segundo proyecto de sello electrónico permitirá certificar todos los documentos y transacciones de carácter institucional, como son las epicrisis, las certificaciones, las constancias y cualquier otro documento que hoy día lleva sello institucional.

La tecnología y la firma digital permitirán a la CCSS innovar, modificar servicios y ofrecer más servicios que pide la ciudadanía, con lo que tendría beneficios significativos que redundarán en la salud de los ticos.

Uno de estos beneficios se puede ver con el concepto de hospital digital, hacia el cual la CCSS se encamina, en el que se pretende desarrollar al máximo las tecnologías en salud. Según la Sociedad de Sistemas de Información y Gestión en Sanidad (HIMSS Analytics), organización profesional enfocada en promocionar el liderazgo y el uso óptimo de las tecnologías de la información en salud, la institución está en el camino correcto.

La firma digital es una herramienta tecnológica para el uso de las personas, que permite brindar agilidad, eficiencia y eficacia a las gestiones, trámites y procesos que tenemos en la institución.

Es una nueva era digital en la cual nuestra institución está inmersa y avanza sin detenerse, para el mejoramiento de los servicios que respondieran a las necesidades o requerimientos del ciudadano de cara al ciudadano.

Bibliografía

Cumbre Mundial sobre la Sociedad de la Información. 2004. Declaración de principios: Construir la sociedad de la información: un desafío global para el nuevo milenio.

El sello electrónico: una herramienta para mejorar la eficiencia

Alexánder Barquero Elizondo

Nuestra Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) celebra sus 75 años de excelencia al frente de la seguridad social de todos los habitantes de nuestro país. Sin lugar a dudas, la institución que conocemos hoy no es la misma que soñaron en la época de don Rafael Ángel Calderón Guardia, pero a pesar de los múltiples cambios que ha experimentado, el espíritu de brindar a los costarricenses una mejor calidad de vida, sigue siendo su mayor propósito.

En varios momentos de su historia, la Caja debe haberse enfrentado con la necesidad de transformarse radicalmente para desempeñar mejor sus funciones; ya que el entorno social, las amenazas de la salud, los estilos de vida y la aparición de nuevas tecnologías, han transformado nuestra sociedad una y otra vez a lo largo de su historia. Y es claro que una institución que responde a sus usuarios, no puede quedarse con los brazos cruzados si quiere seguir cumpliendo el objetivo para el cual fue creada.

Dicho esto, para nadie es un secreto que el cambio duele, y más cuando los beneficios que se pueden obtener al hacerlo no son inmediatamente perceptibles por todos. No obstante, el cambio es necesario y debería ser una máxima en la búsqueda de la mejora continua del quehacer de un país, de una institución y de cada uno de nosotros como personas.

En teoría de sistemas de información, la optimización siempre busca generar la mayor cantidad de valor utilizando la menor cantidad de recursos posibles. La Caja está llamada, al igual que el resto de instituciones del sector público costarricense, a utilizar de la manera más eficiente posible sus recursos humanos, financieros y tecnológicos. Para todos es sabido que la aplicación adecuada y oportuna de las tecnologías digitales, mejora radicalmente la eficiencia de los procesos. En el caso de la Caja, su uso más generalizado permitiría incrementar el retorno de la inversión que todos los costarricenses hacemos con el pago de nuestros impuestos y de los distintos aportes que se depositan para la administración de los servicios públicos.

Desde el año 2005, nuestro país ha venido construyendo una cartera de instrumentos tecnológicos que resultan transversales y necesarios para el desarrollo del gobierno electrónico, del comercio electrónico y de la banca electrónica. La iniciativa, cuyo servicio abanderado se conoce con el nombre de firma digital, resulta en una serie de herramientas que permiten que la relación de ciudadano a ciudadano, de los ciudadanos con las instituciones y de institución a institución; pueda celebrarse de manera exclusiva en entornos digitales, sin necesidad del trasiego de papel ni del desplazamiento físico de las partes, y siempre dentro de lo que establece nuestro marco jurídico. De esta manera, y gracias a lo estipulado en la ley n.º 8454, Ley de Certificados, Firmas Digitales y Documentos Electrónicos, se reconoce el valor equivalente de los documentos electrónicos respecto de los documentos en soporte papel; además, se establecen las firmas digitales y los certificados digitales como instrumentos que

garantizan autenticidad, integridad y no repudio para transacciones, contratos, notificaciones, certificaciones, facturas y todo tipo de relaciones de confianza a través de Internet.

Lejos de ser un secreto, Costa Rica ya disfruta de más de 100 servicios públicos distintos que aprovechan los mecanismos de la firma digital para facilitar la relación del ente con el ciudadano y con sus propios funcionarios (Álvarez, 2016). En cada uno de ellos se han evaluado y discutido ampliamente los beneficios que perciben el ciudadano y las mejoras que experimenta la organización, lo que le permite ser más eficiente y responsable en el uso de los recursos públicos. Expedientes electrónicos, ventanillas electrónicas, sistemas de firma de solicitudes y trámites, contratos electrónicos, sistemas de compras públicas, sistemas de registro de productos, personas o servicios, y facturación electrónica, son algunos de los muchos servicios que ejemplifican las oportunidades que existen con el uso de los mecanismos de firma digital por parte de las personas físicas.

No obstante, en la normativa nacional se contemplan además de los certificados digitales para la firma digital y autenticación de personas físicas, la posibilidad de emitir certificados digitales para el sello electrónico de personas jurídicas. Los mecanismos de firma digital para personas jurídicas apenas se empiezan a dar a conocer en nuestro país, pero tienen el potencial de transformar integralmente a las instituciones en el sentido de que permiten garantizar la eficacia probatoria y la validez jurídica de cualquier documento electrónico emitido por parte de una entidad. La Caja, por su naturaleza de atención a la población en general, es una de las instituciones que más beneficios traería a la población al adoptar en forma progresiva los certificados de persona jurídica. En este artículo se describe uno de los posibles usos del servicio con su justificación.

El sello electrónico y la Caja Costarricense de Seguro Social

El sello electrónico de personas jurídicas es el mecanismo que permite a una institución firmar documentos electrónicos de manera automática, específicamente todos aquellos documentos que se construyan a partir de las fuentes de datos auténticas de la institución y que no requieran de la intervención o criterio técnico, administrativo o jurídico, de algún funcionario. Tal y como su nombre lo expresa, y haciendo una analogía con el propósito de los sellos en el papel, el sello electrónico es un mecanismo que permite a cualquier tercero, reconocer la autenticidad e integridad de un documento electrónico; se garantiza, con la certeza que brindan las tecnologías de firma digital, que efectivamente provienen de la institución titular del certificado digital. Según los alcances que la misma ley n.º 8464 establece, actos como la emisión de certificaciones, notificaciones, facturas electrónicas y comprobantes de todo tipo (transacciones exitosas, trámites en proceso o recibidos conformes), son algunos de los diferentes instrumentos que pueden generarse, de manera automática, con el uso del sello electrónico de una persona jurídica.

Según datos suministrados por la Presidencia Ejecutiva de la CCSS, en mayo de 2016 se emitieron un total de 1 134 631 órdenes patronales (Bustamante, 2016). La orden patronal es uno de los documentos de más importancia como insumo para la gestión de gran cantidad de trámites y servicios que se ofrecen en el ámbito público y privado de nuestro país, especialmente aquellos relacionados con solicitudes de crédito y préstamos de todo tipo. Además, es uno de los documentos que permite reconocer los derechos de un ciudadano a obtener servicios de salud en los diferentes centros de atención de la Caja.

En un estudio realizado por el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), sobre el costo del papel y la impresión con impresoras sumamente eficientes según los estándares del mercado; se estimó que el costo de cada hoja impresa ronda los 45 colones. Y el costo del transporte de cada hoja impresa, aplicando valores promedios y considerando los transportes en lote, lo estiman en 134.2 colones por hoja (Porrás, 2016). Si consideramos las similitudes en tamaño y adopción tecnológica que tienen el

ICE y la Caja, para reutilizar las estimaciones hechas por el ICE, es razonable inferir que el costo mensual de la impresión y transporte de las órdenes patronales en Costa Rica, utilizando el dato de mayo 2016 como base, responde a la siguiente fórmula:

CM = costo total mensual de la impresión y transporte de órdenes patronales

TO = total de órdenes patronales que se imprimen por mes = 1 134 631

CI = costo de impresión por hoja = 45 colones

CT = costo de transporte por hoja = 134.2 colones

$$CM = (TO/3) \times (CI+CT)$$

$$CM = (1\,134\,631) \times (45 + 134.2)$$

$$CM = (378\,210.33) \times (179.2)$$

$$CM = 203\,325\,875.2$$

Según los cálculos realizados, estamos hablando de al menos 203 millones de colones al mes que se gastan en hacer llegar la orden patronal a todos los trabajadores registrados en Costa Rica. Es importante destacar que esta cifra no contempla el costo del papel ni el impacto ambiental que se genera asociado a la producción de papel, tampoco el transporte físico del papel ni su conservación y archivo.

Con una inversión única que bajo ninguna circunstancia podría superar los 300 millones de colones, y una muy despreciable suma para su soporte y mantenimiento (aprovechando la plataforma actual de firma digital y la gran capacidad tecnológica y de recurso humano con el que ya se cuenta), la Caja podría implementar una plataforma de sello electrónico y utilizarla para la firma de todas las órdenes patronales en formato digital. Desde el punto de vista legal esto es posible, ya que las órdenes patronales se construyen de manera automática a partir de los datos que se encuentran almacenados en los sistemas de la Caja, y no requieren de la intervención de ningún funcionario para firmarlas o validarlas. Teniendo la plataforma, todos los ciudadanos que en la actualidad reciben una orden patronal en papel, podrían registrar su correo electrónico y recibir periódicamente sus órdenes patronales electrónicas, firmadas digitalmente con el sello electrónico de la Caja, lo cual le otorga valor pleno ante cualquier instancia pública o privada del país.

Para materializar su uso, solo hace falta informar a los encargados de trámites en las instituciones que utilizan la orden patronal como un insumo para facilitar un servicio al ciudadano asegurado. Esto no sería algo problemático, ya que las organizaciones hoy en día tienen al menos una computadora y la verificación de la validez del sello electrónico se puede hacer en cualquier computadora y con cualquier sistema operativo, incluyendo dispositivos móviles, si fuera necesario. Por otro lado, la preocupación que puede existir sobre la imposibilidad de un ciudadano de tener acceso a un correo electrónico, se atiende al conocer el estudio de la Unión Internacional de Telecomunicaciones (UIT), donde se estima que el 49.41 % de la población costarricense utiliza Internet de manera regular (UIT, 2015). Para todas aquellas personas que el uso de la Internet no sea algo de todos los días, se puede contar con una ventanilla de consulta electrónica que permita que sea la misma institución prestadora de los servicios la que revise el estado de la orden patronal del ciudadano solicitante (con su debida autorización).

El ahorro que se obtiene es sin duda alguna significativo. Si suponemos que el costo de mantener y mejorar la plataforma de órdenes patronales electrónicas asciende hasta la elevada suma de 20 millones de colones por mes, el ahorro seguirá siendo de al menos de 2196 millones de colones al año. Y lo más interesante es que los ahorros no se detienen ahí.

Utilizando la misma plataforma de sello electrónico, se pueden emitir todo tipo de documentos, incluyendo certificaciones y notificaciones que sean generadas por la institución, generando ahorros para la institución y mejorando la calidad del servicio al ciudadano que no necesitará trasladarse físicamente hasta una sucursal para obtener los documentos solicitados. Otro gran candidato a desaparecer con este cambio es el carné del seguro, el cual podría ser un documento con sello electrónico que los asegurados lleven en su celular; o bien, un documento de referencia que no necesite ser portado por cada asegurado, pero que igual se pueda validar por Internet en cada centro de salud, reutilizando los módulos de la plataforma de validación de derechos que ya existen. Con el sello electrónico también podrían gestionarse las autorizaciones y permisos para las gestiones administrativas a lo interno de la institución e, inclusive, se podrían asegurar las comunicaciones existentes entre entidades que pertenecen a la Caja o a todo el sector salud, protegiendo las transacciones, y a los usuarios y funcionarios, de cualquier amenaza informática. Para una plataforma con tanto potencial, la creatividad no tiene límite.

Sembrando tecnología para cosechar eficiencia

En las instituciones públicas de nuestro país existe una serie de controles y procedimientos que a veces se transforman en obstáculos para la gestión eficiente de los servicios públicos. Todos los que alguna vez han tenido a cargo proyectos e iniciativas de interés social, se han tenido que enfrentar con un aparato estatal que no necesariamente facilita el uso de los limitados recursos existentes. Por esta razón, y entendiendo el potencial transformador de la aplicación adecuada de las tecnologías digitales, las instituciones deben estar cada vez más y mejor preparadas para imaginar, desarrollar e implementar sus propias tecnologías, en función de los servicios ciudadanos que atienden.

El sello electrónico y el ejemplo dado con las órdenes patronales es solo uno de los muchos servicios tecnológicos que pueden ser catalizadores del cambio en una institución como la Caja. Plataformas para fomentar la interoperabilidad y que faciliten la adopción del expediente electrónico en instituciones de salud pública, e inclusive en entes privados; esquemas de estandarización para garantizar el intercambio de datos y potenciar la toma de decisiones inteligentes en la prevención y control de las amenazas de salud; sistemas distribuidos y autorizados de firma digital, para facilitar los procesos de firma e intercambio de instrumentos de salud en la atención hospitalaria; e infraestructuras de seguridad y confianza para la gestión de permisos y acceso distribuido a cualquier herramienta de salud electrónica; son otros ejemplos de ideas que existen y que pueden hacerse con tecnología conocida por la Caja y con el mismo recurso humano con el que ya cuenta.

Para dar el siguiente paso, un paso firme hacia la celebración del primer centenario de nuestra Caja Costarricense de Seguro Social, debemos empezar a tomar decisiones claras y concretas en la adopción más rápida y disruptiva de la tecnología. Costa Rica se destaca internacionalmente por ser uno de los principales exportadores de servicios tecnológicos de calidad en el mundo, pero hemos pecado de no aprovechar ese conocimiento lo suficiente a lo interno de nuestro país. Conociendo sus condiciones tecnológicas y habiendo tenido la oportunidad de interactuar con muchos de sus jerarcas, mandos medios y personal técnico y administrativo, quedo convencido de que la Caja tiene una gran oportunidad para romper con ese paradigma y dar grandes saltos hacia una máxima eficiencia en el servicio al ciudadano. Las semillas están sobre la mesa y ya es hora de empezar a cultivarlas.

Bibliografía

Álvarez, Mario. Informe para la memoria institucional 2015 - 2016. Dirección de Certificadores de Firma Digital, Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones. 6 de abril 2016

Bustamante, Xinia. RE: respuesta a Solicitud de información. [En línea]. Mensaje a: Alexander Barquero. 14 de junio 2016. Comunicación personal.

Porras, Geovanny. Gestión electrónica de la información, Caso ICE. IX Convivio Nacional de Archivistas, Universidad Nacional. 13 de mayo 2016.

Unión Internacional de Telecomunicaciones. 2015. ICT Development Index 2015. En línea: <http://www.itu.int/net4/ITU-D/idi/2015/#idi2015countrycard-tab&CRI>. Fecha de consulta: 3 de julio 2016.

Amar, servir y defender el seguro social

Un país donde no exista una seguridad social como la que tenemos en Costa Rica, podrá tener un gobierno que se podría considerar como aceptable, pero inapropiado para calificarlo como democracia. Estado democrático será el que tiene una organización política y jurídica, filosófica y moral, destinada al servicio de los pobres y a su mejor bienestar.

Enrique Obregón Valverde

Discurso pronunciado el 27 de octubre 2016, durante el homenaje que le rindió la Junta Directiva en ocasión del setenta y cinco aniversario de la Caja Costarricense de Seguro Social.

CAPÍTULO VII

**Arquitectura para la
salud del futuro**

Un edificio emblemático, un patrimonio histórico

Andrés Fernández Ramírez

El 17 de enero de 1959, una nota del periódico *La Nación* informaba que: “Para planear la construcción donde se alojarán las oficinas centrales de la Caja Costarricense de Seguro Social, nombró la Junta Directiva de esta entidad una comisión de funcionarios de sus dependencias que colaborará con los delegados de varias instituciones autónomas que están interesadas en la adquisición por arriendo de espacio en la nueva inmensa construcción que se llevará a cabo en la manzana que siempre se ha llamado del Museo”.

“La misión de dichos delegados [continuaba la nota] será la de conversar con los que propongan ciertas comodidades y conveniencias de distribución de compartimientos en el mono-bloque de 9 o 10 pisos que se levantará en el lugar indicado [...] Todavía falta tiempo para emprender esos trabajos, pues antes se quiere adelantar los del Hospital Central pero de todos modos se ha pensado que no está malo apurar el diseño preliminar, el levantamiento de planos y demás, para el momento en que se disponga iniciar los trabajos ahí también. Ese edificio le está haciendo falta a la Caja, aparte de que le podría rentar bastante alquilando locales que le sobren” (“Planean construcción de Oficinas de la Caja”).

La denominada “manzana del Museo”, era la ubicada al sureste del Teatro Nacional, entre las avenidas 2 y 4 este y las calles 5 y 7 sur, en el capitalino distrito Catedral. En esa manzana, en efecto, había tenido su sede durante décadas el Museo Nacional (de 1904 a 1949), en unas viejas instalaciones de las que sobresalía, por su altura, la torre de tres cuerpos del Observatorio Nacional. No obstante, antes de una década, lo que se levantaría ahí mismo sería el “mono-bloque” dicho, que con sus 15 pisos de altura, su moderna apariencia y su simbolismo institucional, alteraría para siempre el perfil tradicional de la ciudad de San José.



Ilustración 1. Anteproyecto del edificio central de la Caja Costarricense de Seguro Social, 1961.

El contexto histórico de la obra

Si en el plano internacional la década de 1940 fue agitada por la Segunda Guerra Mundial, en Costa Rica la causa de la agitación fue la Reforma Social llevada adelante por la administración Calderón Guardia (1940-1944), con la fundación de la Caja Costarricense de Seguro Social, en 1941, como uno de sus puntos álgidos. Si bien la agitación local hizo crisis en marzo de 1948, los hechos posteriores a la guerra civil suscitada entonces, no sólo confirmaron aquella y otras medidas reformistas, sino que las profundizaron, dando pie al nacimiento de una nueva Costa Rica, la de la llamada Segunda República.

En paralelo con tales procesos de transformación socio-política, la cultura arquitectónica local empezó a asimilar los principios formales, espaciales y constructivos del llamado “estilo internacional”, versión académica y tardía del Movimiento Moderno de la arquitectura, que venía predominando en el mundo de la posguerra. De planteamientos racionalistas y tendientes a la abstracción plástica –juegos de planos y volúmenes puros, transparencia mediante superficies acristaladas, ausencia de ornamentos y utilización de colores neutros–, aquella arquitectura fue introducida en nuestro medio por los jóvenes arquitectos costarricenses que, a partir de 1948 también, regresaban al país tras graduarse en universidades estadounidenses y mexicanas.

En el campo urbanístico, por su parte, a solicitud de la Municipalidad de San José, en 1948 llegó al país el urbanista norteamericano Anatole Solow, jefe de la División de Vivienda y Planeamiento Urbano de la Unión Panamericana. Al año siguiente, Solow presentó el “Proyecto para el desarrollo urbano de la capital de Costa Rica”, de donde derivó la contratación del arquitecto y urbanista colombiano César Garcés (1950-1953), quien a su vez desarrolló un “Plan de vías públicas principales” para San José. Sin embargo, el principal y casi único resultado concreto del llamado “Plan Garcés” fue la propuesta de ampliación de la avenida 2, anunciada en 1954.

La construcción fue el otro ámbito en que repercutió aquella coyuntura histórica; pues, para normalizar y uniformar los criterios de construcción, el uso de materiales y el ejercicio profesional, en 1949 también, la Junta Fundadora de la Segunda República decretó la Ley de Construcciones que regiría en todo el país, por encima de las ordenanzas municipales, como había sido hasta entonces. Por su parte, estimulada por el Estado, la industria de la construcción vio aparecer nuevas e innovadoras empresas, entre las que destacó la del cemento, que permitió experimentar nuevas técnicas constructivas, asociadas al concreto armado y sus derivados.

Por todas esas razones, cuando la Junta Directiva de la CCSS conoció el anteproyecto de su nueva sede, en 1961; era lógico que el edificio en cuestión se atuviese a las convenciones arquitectónicas y constructivas del “estilo internacional”, al tiempo que tomaba en cuenta las previstas transformaciones sociales y urbanas. Para diseñarlo, la Junta Directiva había nombrado a su funcionario, el arquitecto Rafael Sotela Pacheco, como director del proyecto, y al arquitecto Carlos Vinocour Granados, como jefe del equipo de diseño y supervisor de la obra.

Para ese momento, el arquitecto Vinocour formaba parte de la firma Barzuna & Vinocour Ltda., de donde provendría la casi totalidad del equipo profesional, compuesto además por los ingenieros Eddy Hernández y José Luis Barzuna, a cargo del diseño estructural; el ingeniero Rodolfo Sequeira, a cargo del diseño eléctrico; los ingenieros Armando Gutiérrez y Álvaro Nieto, a cargo del diseño del aire acondicionado; mientras que en la construcción se sumarían como residentes, el arquitecto Rolando Moya y el ingeniero Claudio Donato; todos costarricenses.

La obra, con un costo estimado entonces entre seis y siete millones de colones y un juego de planos constructivos que alcanzaba las 107 láminas, tendría quince pisos en total y abarcaría un área de 10 318 metros cuadrados. Su cartel de licitación se puso a disposición de las empresas constructoras

a principios de junio de 1962, mientras que los trabajos de construcción en la “manzana del Museo” empezaron en setiembre de ese mismo año.

Descripción de la obra

La obra de Sotela y Vinocour se construyó en la más importante arteria josefina, la ahora ampliada avenida 2; por lo que el edificio se remete varios metros en el costado norte de la manzana, para adquirir mayor perspectiva desde esa calzada. Emplazado en diagonal a la esquina noroeste de dicha manzana, está dispuesto en un volumen vertical de 12 pisos, sobre otro volumen horizontal de apenas dos pisos al nivel de esa misma esquina, pero que va aumentando al salvar el declive hacia el este, para dar como resultado otro piso semisubterráneo. Originalmente, los dos volúmenes cubrían media manzana, de modo que dejaban libre de intervención el costado sur del terreno, ocupado luego por un jardín.

Orientado hacia la calle 7 y con su enchapado exterior en piedra, el piso semisubterráneo sirve de pedestal a los primeros dos pisos contenidos en el volumen horizontal –que parece flotar hacia el este–, mientras que alberga los estacionamientos y áreas de servicio. El ingreso al edificio, empero, se hace por medio de un generoso espacio semiurbano que le sirve de vestíbulo exterior en la esquina noroeste, compuesto por plataformas, rampas, losas en voladizo a distintas alturas y unas enormes astas que aparentan sostener todo el conjunto en vilo. Ya dentro del volumen horizontal, la escala baja antes de dar lugar al vestíbulo interior, amplio e iluminado espacio de doble altura, rodeado de un mezanine y techado esencialmente con losas de concreto.

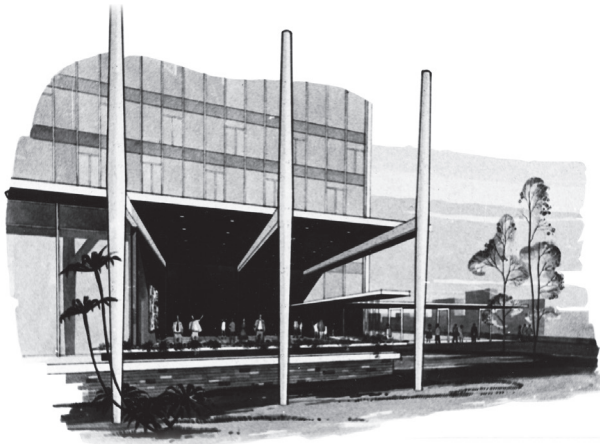


Ilustración 2. El ingreso al edificio se hace por medio de un generoso espacio semiurbano que sirve de vestíbulo exterior, compuesto por plataformas, rampas, losas en voladizo a distintas alturas y unas enormes astas que aparentan sostener el conjunto en vilo.

La torre, por su parte, fue concebida para favorecer la iluminación natural y la ventilación cruzada mediante muros-cortina orientados al norte y al sur, para aprovechar los vientos que ingresan a la ciudad provenientes del llamado Paso de La Palma. Tales fachadas se valen de los avances técnicos en carpinterías metálicas –en este caso, una estructura de aluminio anodizado importado de Venezuela–, mientras que la orientada al norte está construida con vidrio polarizado oscuro, para minimizar el asoleamiento propio del valle Central, con mayor incidencia en ese sentido.

Por su parte, las fachadas este y oeste fueron enchapadas con mármol travertino rústico, para cuya colocación se contó con la asesoría del destacado ingeniero italiano Pier Luigi Nervi, quien hizo las recomendaciones en cuanto al tamaño idóneo de cada plancha. La cara oeste alberga las escaleras y los ascensores, núcleo de circulación vertical que fue diseñado como zona rígida independiente, localizada

para actuar estructuralmente; y, por ahí también, el sistema de bombeo de agua potable llega hasta el nivel de la azotea, desde donde se distribuye por gravedad al resto del edificio.

En los pisos típicos que componen la torre, el edificio es de planta libre, con una modulación de seis metros entre columna y columna. En el primer tercio superior presenta un volumen en voladizo destinado a la sala de la Junta Directiva de la institución. A su vez, llegada a la azotea, la torre culmina con un volumen cúbico, desde el que se despliega zigzagueante una losa a base de planos inclinados paralelos y equidistantes, que conforman la cubierta del último piso, rodeado todo de muros-cortina. La cimentación de los dos volúmenes se hizo sobre placas aisladas en la zona de planta libre y una losa de cimentación se construyó en el área rígida de los ascensores.

En este edificio, el uso expresionista pero a la vez contenido del concreto armado, el vidrio y el mármol, evidencian la sintonía conceptual de su diseño con el de algunas de las grandes obras arquitectónicas contemporáneas en el mundo; no solo en la selección de materiales, sino también en la concepción formal del inmueble: la torre sustentada sobre un volumen base y un vestíbulo urbano que sirve de transición entre el edificio y la ciudad.

Además, como en el de otras obras del Movimiento Moderno, en ese espacio de transición se integra al inmueble la estilizada pieza “Agonía”, talla directa sobre madera de guachipelín, obra del escultor costarricense Hernán González. Esta obra, propiedad de la CCSS que la puso así a disposición del público costarricense, es un hito en la producción de González, quien partió del estudio anatómico del torso masculino, distorsionándolo, al esculpir un cuerpo descabezado cuya tensión agónica desafía la ley de la gravedad.

Inaugurado el 10 de diciembre de 1966, el edificio fue a partir de entonces y por muchos años, el más alto del país, además de ser el más moderno de Centroamérica. Icono visual y referente urbano por sí mismo, posteriormente fue bautizado con el nombre de “Laureano Echandi Vicente”.



Ilustración 3. En el primer tercio superior, la torre presenta un volumen en voladizo destinado a la sala de la Junta Directiva de la institución.

A modo de conclusiones

A finales de la década de 1950, el gran reto que tenían las autoridades de la CCSS era la necesidad de universalizar la seguridad social, meta anunciada por fin en 1961, como un objetivo a diez años plazo. Tal política empezó a materializarse al año siguiente, con el inicio de las obras, casi en forma simultánea, del hospital Central –luego denominado hospital México– en la periferia de la ciudad y de edificio sede de la CCSS, en pleno centro josefino.

Por esa razón, al inaugurarse este último inmueble, era clara su coherencia con los objetivos de la institución. Así, cuando el significado debía comunicarse no mediante la alusión a simbolismos previamente conocidos –como en las arquitecturas anteriores–, sino mediante las características inherentes a la tectónica del edificio, su transparencia y corporeidad reflejaban el logro histórico y social que fue la creación de la CCSS veinticinco años atrás, expresado en un tono constructivo sintético, racional, atemporal y de consecuente universalidad.

Precisamente cuando se llevaba a cabo la renovación de la arquitectura local, la monumentalidad, la asimetría que carga el acento en las cualidades expresivas, el estudiado criterio estructural, la técnica de construcción lógicamente concebida y rigurosamente ejecutada de esta obra; hicieron que se convirtiera de inmediato en el más representativo ejemplar de lo que bien puede denominarse el Movimiento Moderno costarricense de la arquitectura. Por eso, también, al celebrarse el 75 aniversario de la CCSS y a 50 años de su inauguración, vale la pena reflexionar sobre el valor que como “patrimonio moderno” encierra este inmueble, único en el país.

El concepto de “patrimonio moderno” se acuñó como parte de la valoración que se viene haciendo desde finales del siglo XX, de la arquitectura del Movimiento Moderno en todo el mundo. En ese contexto, en 1989 se fundó el Docomomo (Documentation and Conservation Modern Movement - Grupo de trabajo internacional para la documentación y conservación de edificios, sitios y barrios del Movimiento Moderno) como una red independiente de expertos en el campo de la documentación y conservación de la arquitectura y el diseño urbano modernos. A esa instancia podría remitirse la información disponible sobre este inmueble, para que sea valorada como un primer paso en su reconocimiento internacional.

Por otra parte, su valoración de cara al público costarricense pasa sin duda por la profundización del estudio de los valores aquí apenas esbozados; a saber, los arquitectónicos y urbanísticos, constructivos y estructurales, contextuales y simbólicos, históricos y culturales, presentes en la obra, tal y como los define el Reglamento a la Ley n.º 7555 de Patrimonio Histórico Arquitectónico de Costa Rica, en su artículo 3. Sirvan estas líneas, pues, para instar a la autoridades de la CCSS a hacer lo propio ante la Comisión Nacional de Patrimonio, para que el inmueble sea declarado patrimonio histórico arquitectónico, de acuerdo con dicha ley, y al enunciado concepto de “patrimonio moderno”.



Ilustración 4. Inaugurado el 10 de diciembre de 1966, el edificio fue a partir de entonces y por muchos años, el más alto del país, además de ser el más moderno de Centroamérica.

Si hoy el edificio sufre de fatiga estructural y del deterioro producto del paso de los años, lo que procede entonces es su readecuación estructural con un criterio atrevido y sutil, de modo que el inmueble mantenga, en la medida de lo posible, su integridad arquitectónica y, con ello, todo su valor histórico, simbólico y representativo de una época y de una institución estructurante de la sociedad costarricense. Su declaratoria como patrimonio incidiría no solo en la conservación del edificio, sino también en su eventual restauración, según los criterios nacionales e internacionales, que harían de ese edificio emblemático, un patrimonio histórico-arquitectónico de los costarricenses.

Bibliografía

Altezor, C. 1986. *Arquitectura urbana en Costa Rica. Exploración histórica 1900-1950*. Cartago: Editorial Tecnológica de Costa Rica.

Altezor, C. 2012. *Arquitectura contemporánea en Costa Rica*. San José: Instituto de Arquitectura Tropical / Editorial ON LINE.

Álvarez, Y. y Gómez, D. 2000. *San José de antaño. Distrito Catedral (1890-1940)*. San José: Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes / Centro de Investigación y Conservación del Patrimonio Cultural.

Fernández, A. 2014. *Punto y contrapunto. La Plaza de la Cultura*. San José: Museos del Banco Central de Costa Rica.

Fernández, A. 2013. San José, Costa Rica: Arquitectura(s) Moderna(s). *Habitar*. Revista de arquitectura y diseño del Colegio de Arquitectos de Costa Rica, n.º 79, enero, 24-30.

Ferrero, L. 1982. *La escultura en Costa Rica*. San José: Editorial Costa Rica.

Frampton, K. 1998. *Historia crítica de la arquitectura moderna* (traducción de Jorge Sainz). Barcelona: Editorial Gustavo Gili.

Sanou Alfaro, O. 2004. La arquitectura. En: Rodríguez Vega, Eugenio, editor. *Costa Rica en el siglo XX*. San José: Editorial de la Universidad Estatal a Distancia. Tomo II, 259-317.

Vives Luque, I. 1998. Una arquitectura para el cambio. En Fonseca, E. y Garnier, J. E. *Historia de la arquitectura en Costa Rica*. San José: Fundación Museos del Banco Central de Costa Rica, 383-461.

Vives Luque, I. 2011. CCSS refleja el logro social, *Habitar*. Revista de arquitectura y diseño del Colegio de Arquitectos de Costa Rica, N° 74, octubre, 47.

(Todas las ilustraciones son parte del archivo histórico digital del autor y provienen a su vez del archivo del arquitecto Carlos Vinocour Granados)

Hacia el nuevo hospital sin paredes: el hospital digital

María Gabriela Murillo Jenkins

En materia de salud, se habla del concepto de “hospital” como de una entidad que brinda servicios médicos especializados. Se trata de una figura de alta complejidad en términos organizacionales, administrativos y logísticos, en la cual no solo se prestan servicios de salud y sus servicios de apoyo, sino que se genera una riqueza de datos e información que permiten el desarrollo y la transferencia del conocimiento científico, a través de la docencia, la investigación y de diferentes mecanismos de divulgación.

A fin de llevar a cabo los procesos de atención en salud con calidad y en forma sostenible, desde el punto de vista financiero; se requiere que los procesos administrativos y logísticos intrínsecos en un hospital, se lleven a cabo de forma cada vez más eficiente y costo-efectiva. Sobre todo cuando hablamos de hospitales en red, que forman parte de un sistema público de servicios de salud, en el ámbito regional o nacional.

Para que un hospital pueda alcanzar los objetivos por los cuales fue creado e impacte positivamente en la población adscrita a su área de atracción, se requiere la disponibilidad un sistema de información que recabe en tiempo real tanto los datos clínicos como los de gestión administrativa, financiera y logística. Luego, ese sistema debe tener la capacidad de transformar esos datos en indicadores e información clave para apoyar la toma de decisiones desde el nivel operativo y gerencial hasta el ámbito de las políticas públicas. Todo esto con el propósito de lograr la mejora continua de los servicios de salud que se brindan a determinada población y favorecer la innovación y el fortalecimiento de esos servicios.

La evolución de los hospitales

Al igual que la sociedad, los hospitales se han transformado a través los tiempos en un proceso continuo que va de la mano con la evolución de la medicina y el concepto de salud. Tal como indicaba Coe (1973: 271-272):

Como es característico de la mayoría de las instituciones sociales con una larga historia, muchos de los aspectos significativos del hospital moderno —aquellos que lo diferencian sociológicamente de otras instituciones— son consecuencia de fuerzas históricas. No se puede comprender adecuadamente la estructura social del hospital si no se le sitúa en su perspectiva histórica.

Desde la antigüedad, conforme la sociedad y los individuos que la integran han venido cambiando, evolucionando; también se han transformado los valores, las formas de abordar los problemas, la organización, los medios de comunicación, los derechos de las personas, el concepto de familia, las formas de gobierno, los riesgos, la forma de transferir y generar el conocimiento, entre otros muchos aspectos. Decía Heráclito que “nada es permanente a excepción del cambio”.

Favorecida por los descubrimientos científicos, la búsqueda incesante del bienestar del individuo, la familia y la colectividad, así como los efectos de la revolución tecnológica que inicia en los años 90; la salud ha sido uno de los elementos que sin duda ha evolucionado más rápidamente en el ámbito social, y lo sigue haciendo de forma vertiginosa.

Esto ha impactado significativamente el concepto de hospital, lugar donde no solo se proveen servicios médicos especializados y servicios de apoyo clínico, sino que es a su vez un centro de gestión del conocimiento, de gestión tecnológica y de gestión social; esta última entendida como el conjunto de actividades que desarrolla un centro de salud con la comunidad y las autoridades de su área de influencia. Es así que Rosen (1985: 316) afirma en sus publicaciones que “el hospital tiene que ser visto como un *órgano* de la sociedad que comparte sus características, que cambia a medida que la sociedad de la cual es parte se va transformando, y que lleva hacia el futuro las evidencias de su pasado”.

Es decir, la historia de los hospitales es la historia de la humanidad y de la sociedad, sus valores, su conocimiento, su evolución.

El hospital primitivo

Se tiene referencia de algunos sitios que en la Antigüedad brindaban cuidados médicos en su forma más incipiente. Hay menciones en Grecia, Roma y Egipto, sobre algunos lugares donde se daban cuidados a los viajeros y a los enfermos; sin embargo, estos no constituían aún verdaderos hospitales dedicados exclusivamente a los cuidados médicos.

Los hospitales modernos, aún en forma muy primitiva, se originan en las casas de acogida establecidas por la iglesia cristiana durante el final del imperio Romano para dar albergue y refugio a viajeros y personas en desamparo (López: 2002).

Durante la Edad Media, hasta el siglo XII, existía en forma predominante la medicina monástica. Es allí donde se inicia el desarrollo del concepto de hospital, pues era consecuente con el ideal religioso de hospitalidad y la liturgia de la caridad, según lo ordenado por la regla de San Benito: “debemos ocuparnos con preeminencia de los enfermos: debemos servirles como si de Jesucristo se tratara y a Él en verdad servimos en sus cuerpos, puesto que ha dicho: ‘estuve enfermo y vosotros me cuidasteis’, y también: ‘lo que hayáis hecho a alguno de estos pobreza a mí me lo habeis hecho’”.

Algo importante es que como parte de esa medicina monástica, se tenía la copia, traducción y transcripción de importantes obras médico-científicas; la cual se hacía por medio de la labor de los escribas en los *scriptorias* ubicados en algunos monasterios de la época (v. g. el de Montecasino).

Se tiene evidencia de que estos monasterios contaban con boticas bien dotadas, las que se constituyeron en lugares donde se investigaron y estudiaron las propiedades de diversas drogas y compuestos. Aún quedan algunos registros muy rudimentarios de esta labor.

En resumen, los centros monásticos fueron los primeros hospitales (*hospitium*, en latín y *ξενοδοχεον* en griego) para enfermos, pobres, viajeros o peregrinos; y se constituyeron en los primeros centros de resguardo del conocimiento y de la información médica.

Hacia el final del siglo XII y sobre el siglo XV, se rompió el monopolio de la medicina monástica y se crearon nuevos centros hospitalarios por parte de la nobleza o de particulares laicos. Con esto, las instituciones sanitarias fueron abandonando el modelo empírico hospitalario de las grandes abadías y comenzaron a funcionar en línea con las nuevas concepciones o ideología de la salud.

El concepto de hospital siguió su transformación hacia la era moderna, donde encontramos los hospitales del siglo XX, después de la Guerra Mundial.

El hospital como centro de excelencia tecnológica

Tras la Segunda Guerra Mundial, el hospital se consagró como el lugar que incorporaba la medicina científica y tecnológicamente más avanzada, bajo un concepto de asistencia especializada. Los servicios diagnósticos se expandieron y multiplicaron como nunca hasta entonces, así como la actividad de las investigaciones clínicas. Los hospitales se convirtieron en centros de excelencia tecnológica y científica.

Las instituciones hospitalarias debieron adoptar formas organizacionales complejas, para garantizar la prestación de los servicios clínicos bajo estándares de calidad cada vez más altos y exigentes. Es por ello que se incluyeron servicios de laboratorio, farmacia, imágenes médicas, procedimientos, entre otros.

También evolucionaron los sistemas internos de distribución y despacho de medicamentos, el manejo de la ropa hospitalaria, la gestión de los activos, la gestión administrativa y otros servicios varios de apoyo, relacionados con el confort, la seguridad y el bienestar del paciente.

Todo esto planteaba la necesidad de contar con un sistema de información confiable y oportuno, para controlar y conducir los distintos procesos intrínsecos del modelo hospitalario; así como para el desarrollo del modelo de medicina basada en la evidencia (en pruebas).

El concepto de “basado en pruebas” fue expresado por primera vez por David Eddy en 1982; después se adoptó en todo el mundo a partir de 1992, bajo el impulso del grupo canadiense Evidence-Based Medicine Working Group (EBMWG) (Gol-Freixa y Del Llano, 2012: 291).

El acelerado desarrollo de las tecnologías aplicadas a la salud y su contribución directa y positiva a la calidad de los procesos de diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación; implicó que la disponibilidad de tecnologías adecuadas se convirtieran en un factor esencial en la prestación de los servicios de salud. Esto condujo a que la determinación de la seguridad y la eficacia de estas tecnologías, así como la selección e incorporación de tecnologías sanitarias, se convirtieran en una actividad fundamental que debe tener su base en la evidencia y en un riguroso análisis, para determinar su adopción por parte de un hospital o sistema de salud. Todo esto, dada la amplia oferta tecnológica actual.

La sociedad del conocimiento

La Revolución Industrial que impactó al mundo a partir de la segunda mitad del siglo XVIII, se quedó atrás en el siglo XIX; pues, en el siglo XX, la tecnología nos trajo la “sociedad del conocimiento”. Siempre se ha considerado al conocimiento como un precursor del crecimiento económico y del bienestar social. Tiene su origen en la capacidad de ser creativo e innovar; es decir, de crear nuevos conocimientos e ideas a partir de otros, que luego se materializan en productos, procesos, formas de organización, soluciones que mejoran la calidad de vida, el medio ambiente o mejoran la productividad.

Siempre ha habido distintas formas de crear y difundir el conocimiento, desde las abadías cistercienses de la Edad Media hasta el surgimiento de las academias científicas a partir del siglo XVII. La invención de la imprenta representó un hito importante en esa línea. Pero con la llegada de la era digital se generó un cambio disruptivo, los datos y la información son desmaterializados, se transforman en bits y bytes, en electrones y en ondas electromagnéticas que viajan en forma casi inmediata de un lado a otro; lo que permite el acceso al conocimiento en tiempo real y de manera deslocalizada.

El internet creó una nueva dimensión donde existen una especie de “túneles virtuales” por donde viajan los datos y la información. Todo está conectado entre sí. Se habla del “internet de las cosas”, donde se pueden conectar dispositivos de todo tipo que intercambian datos con los sistemas de información a través de redes alámbricas e inalámbricas y que pueden ser registrados y controlados por estos sistemas a distancia. Esta inmensa capacidad de recopilar y procesar datos, permite pasar del análisis histórico a la visión predictiva y prospectiva.

Surge entonces la ley de Moore en los años 60, que indica que el poder de procesamiento de las computadoras se duplica cada dos años. Gracias a la gran capacidad de almacenamiento y procesamiento de datos la sociedad y el individuo tienen disponibles en forma concurrente enormes cantidades de información y datos, como nunca antes había ocurrido. Se desarrollan entonces poderosos motores de búsqueda, con base en inteligencia artificial (Google) y en herramientas como la minería de datos (*data mining*), la inteligencia de negocios (*Business Intelligence BI*) y los macrodatos o datos masivos (*big data*): para la extracción y análisis de la información, la visualización de indicadores y para apoyar en tiempo real, con información confiable y oportuna, los procesos de toma de decisiones.

Los procesos educativos y de comunicación también se han transformado. La disponibilidad de acceso al conocimiento a través de medios digitales, se presenta como una valiosa oportunidad para las sociedades con limitaciones económicas y restricciones geográficas.

Esta nueva sociedad tiene como un aspecto esencial, el acelerado ritmo de creación, acumulación y divulgación del conocimiento. Surge un nuevo tipo de grupos virtuales denominados “comunidades de conocimiento”, cuyo objetivo fundamental es la generación de nuevos saberes a partir del intercambio de información entre personas que tienen puntos de vista opuestos, diferentes perspectivas o que provienen de entornos distintos. Al realizar estas actividades, estas comunidades actúan como agentes de transformación de toda la economía.

Otra característica de la sociedad del conocimiento es la importancia del capital intangible en relación con el capital tangible. El capital intangible está constituido por el conocimiento y las actividades de I+D+N (investigación, desarrollo e innovación).

Las tecnologías, sobre todo las digitales, han transformado a la humanidad, a la sociedad y al ser humano. Han cambiado no solo la forma en que nos relacionamos los unos con los otros, sino también los conceptos de sociedad, de comunidad y de colaboración. Al ser la salud un producto social y encontrarse inmersa en estas transformaciones, también evoluciona el concepto mismo de salud y, por ende, se redefine lo que conocemos como hospital o centro de salud.

El concepto de hospital digital

Desde el punto de vista arquitectónico, organizacional y tecnológico, los hospitales son las obras más complejas que pueden desarrollarse. La organización y tamaño de los espacios, los flujos de circulación vertical y horizontal de los pacientes, del personal y de los materiales, los sistemas electromecánicos, los sistemas sanitarios, los pasillos para el traslado tanto de material limpio como sucio, el equipamiento médico y el mobiliario; han sido parte de una disciplina que se ha venido especializando en la arquitectura y la ingeniería hospitalarias.

Es realmente vasta la cantidad de estándares y normas que debe cumplir un proyecto de este tipo, para garantizar las condiciones de seguridad humana, seguridad del paciente, seguridad radiológica, seguridad sísmica, confort, funcionalidad, entre muchos otros aspectos; para que los procesos clínicos y de apoyo se puedan desarrollar con máxima calidad, eficacia y eficiencia.

Muchos años han pasado desde los antiguos hospitales en las abadías, bajo el modelo de la modesta medicina monástica, con edificaciones en forma de cruz propias del patrón eclesiástico de la época; hasta los modernos hospitales de hoy, donde no solo hay intrínseco en atender el bienestar físico de los pacientes y el personal, sino también su componente emocional. Debe considerarse, además, que los actuales hospitales son empresas que tienen complejos procesos de gestión administrativa, logística, hotelera (nutrición, ropería, lavandería, insumos), de capital humano, tecnológico y social. Muchos hospitales también realizan labores de docencia y se constituyen en connotados centros de investigación y gestión del conocimiento.

Esto ha implicado una evolución de la arquitectura y de la ingeniería hospitalaria, para incorporar en los proyectos la dotación de soluciones tecnológicas digitales que permitan gerenciar en forma adecuada y oportuna todos estos procesos, propios de los servicios de salud. La idea es sacar el máximo provecho de las ventajas que ofrecen la tecnología digital actual y futura, para la mejor prestación de los servicios de salud.

Es así que hablamos entonces de pasar en este siglo XXI de la “arquitectura física” hacia una “arquitectura digital” (Mayol, 2012), asentada en las tecnologías de información y comunicación.

Un hospital digital es aquel que se gestiona a través del uso intensivo de las tecnologías de información y comunicación; en donde se cuenta con expediente médico electrónico, receta electrónica, sistemas para el almacenamiento y gestión de imágenes digitales, sistemas integrados de laboratorio, farmacia, patología y radiología y sistemas para el manejo de las agendas y citas. Un hospital digital también contaría con sistemas automatizados para los procesos financiero-administrativos y de planificación y gestión eficiente de recursos (ERP), bajo un concepto de cero papel. Además, los hospitales son parte de una red de servicios de salud y deben estar interconectados digitalmente entre ellos; así como aprovechar al máximo las oportunidades y fortalezas de las redes sociales y de las tecnologías móviles, para estar vinculados con sus pacientes y su entorno social.

Gracias al internet, ahora los datos, la información y el conocimiento están disponibles para todos. Esto representa un conjunto de retos y oportunidades para seguir transformando la provisión de los servicios de salud, para aumentar la calidad, la eficiencia y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios; así como la seguridad y confort de los pacientes. La medicina móvil (aplicaciones médicas) han contribuido a un nuevo concepto de salud y bienestar personalizado y tienen aún mucho que aportar. Estas aplicaciones posibilitarían el monitoreo de los pacientes desde su casa o mientras hacen ejercicio, lo que contribuiría a promover estilos de vida más saludables.

La cantidad de datos disponibles y la calidad de los mismos, ofrecen la posibilidad de moverse de una medicina reactiva a una medicina predictiva, usando herramientas de macrodatos (*big data*) o minería de datos (*data mining*). Esto abre un mundo de posibilidades para apoyar el manejo epidemiológico y la gestión estratégica de la salud pública.

Dada la muy extensa y cambiante oferta tecnológica digital disponible en el campo de la salud, se hace necesario que la incorporación de tecnologías se analice y programe desde la etapa temprana de planificación de los futuros proyectos de nuevos hospitales y centros de salud. Se debe establecer muy bien, desde esas etapas previas, los beneficios esperados bajo un enfoque prospectivo con visión de futuro; y definir la forma en que serán alcanzados esos objetivos en el corto, mediano y largo plazo. Con base en la situación actual y el escenario meta, se deben identificar las brechas tecnológicas que se requiere atender, así como las opciones que ofrece el mercado para lograrlo. Para ello existe una especialidad relativamente nueva denominada “informática médica”, mediante la cual se forma un especialista con conocimiento “híbrido” en medicina y tecnologías de información aplicadas a salud.

La aplicación de las tecnologías de información en los servicios de salud, tiene desafíos importantes como son la mejora de los esfuerzos para el resguardo de los datos clínicos en formato digital, la seguridad de la información y la seguridad informática. En nuestro país ya se tiene disponible la tecnología del certificado digital; sin embargo, su uso intensivo todavía está en etapa inicial por parte de la ciudadanía. El uso intensivo del dispositivo de firma digital por parte de los pacientes, les abriría posibilidades para que puedan tener un acceso más amplio a su información clínica; además, podrían instaurarse muchas opciones novedosas para gestionar los servicios de salud con un enfoque dirigido al paciente, simplificando trámites y garantizando la seguridad de la información.

El nuevo hospital sin paredes

Las tecnologías digitales permiten tener disponible en un reservorio central, todo el historial clínico de cada ciudadano, desde antes de estar en la cuna (cuidados prenatales) hasta el final de su vida. Esta información puede ser recabada de varias fuentes, consolidada y consultada en cualquier momento, desde cualquier parte de una región o país, por el ciudadano o el personal de salud habilitado para ello. Esto ha permitido que por medio del uso de tabletas y servicios de internet móvil, se pueda acceder desde fuera de un hospital, a la información de los pacientes, en forma rápida y segura. Con esto podrían fortalecerse estrategias de atención como la medicina domiciliar, brindada por un equipo de salud, y los servicios ambulatorios, como el denominado “hospital de día”.

La medicina móvil ofrece cada vez más la posibilidad de monitorear desde el hogar a pacientes crónicos, adultos mayores y otros con cierto tipo de enfermedades que requieren de vigilancia constante. Para ello se utilizan transductores especiales, que, son conectados a una computadora o teléfono celular para que envíen, en tiempo real, datos claves a un centro de salud en donde son atendidos por personal especializado y ser registrados en el historial clínico de estos pacientes.

Mirando el futuro, observamos a los hospitales digitales como centros de gestión del conocimiento, eficientes y con servicios oportunos y de calidad. Centros que están interconectados en forma permanente con sus pacientes, con su comunidad, con la red de servicios y con su personal de salud. La extensión y cobertura de estos centros va más allá de sus propias paredes, superando las barreras geográficas, culturales y sociales.

Cerrar la brecha digital en los servicios de salud es un propósito que la CCSS ha proyectado en sus planes de corto, mediano y largo plazo. Para ello se ha planteado la aspiración de incorporar el concepto de “hospital digital” a los nuevos proyectos de construcción de hospitales que se tiene en los planes institucionales, y convertir también a ese modelo los actuales hospitales. Metas importantes que la institución tiene, como contar con centros de salud con una administración eficiente, que cumpla con los más altos estándares de calidad en la atención de los pacientes; dar a conocer el costo de los servicios a cada paciente después de ser atendido; a largo plazo alcanzar la sostenibilidad; apoyar la toma de decisiones con información de calidad; brindar medicina predictiva; alcanzar una comunicación efectiva con nuestros pacientes y la comunidad; entre otros; solo serán posibles si logramos digitalizar nuestros centros de salud (hospitales, clínicas, sede de Ebáis), así como los servicios administrativos, financieros, logísticos y la gestión estratégica institucional.

Bibliografía

Coe, RM. 1973. *Sociología de la medicina*. Madrid: Alianza.

Gol-Freixa J y Del Llano Señarís, JE. 2012. El fenómeno de la “medicina basada en la evidencia”. En: Millán, J y Del Llano, JE (directores). *Ser médico: Los valores de una profesión*. Madrid: Unión Editorial.

López Piñero, José María. 2002. *La medicina en la historia*. Madrid: La Esfera de los Libros.

Julio Mayol. El hospital digital: cambio de arquitectura, 17 de mayo del 2012, a un clic de las tic.

Rosen,,G. 1985. *De la policía médica a la medicina social*. México: Siglo XXI.

Sostenibilidad de la arquitectura y humanización espacial.

¿Por qué la arquitectura ha de ser sostenible?

Bruno Stagno Levy

Humanización del espacio arquitectónico

La arquitectura supera el acto de construir, porque tiene la capacidad o el potencial de provocar estados de ánimo que afectan la sensibilidad de las personas. El arquitecto es entrenado en este oficio durante su formación; y es mediante el acto de construir que materializa esta posibilidad. En este sentido, su trabajo debe superar ese acto de construir para inyectar en el espacio los atributos que provoquen estados de ánimo particulares.

La frase “qué bien se está aquí”, es la declaración que comprueba el mérito del espacio y de la exitosa arquitectura. Buscar este objetivo se vuelve una de las tareas más humanas y de mayor envergadura y desafío, que pretende alcanzar el arquitecto. Es una tarea subjetiva, pero verificable –valga la contradicción– y cuando se logra surge la satisfacción declarada acerca del mérito del espacio arquitectónico.

En este sentido, el arquitecto se mueve en un terreno de probabilidades subjetivas, al crear atmósferas para la vida que serán experimentadas por diferentes personas, cada una con sus propias sensibilidades y emociones.

El *locus amoenus* representado por los poetas antiguos y modernos, como un lugar natural placentero y encantador para el estado de ensueño; existe en su variante construida en el espacio arquitectónico concebido por el arquitecto, para alentar que los sentimientos del placer afloren.



Mucem, Marsella, Francia 2013



Escuela Educación Superior, Kingston Jamaica

En otro ámbito, el arquitecto se involucra con la materialidad y la tectónica de la obra, tarea diferente de la anterior, pero complementaria; y para la cual también recibió entrenamiento. Lograr balancear ambas tareas es un desafío. En esta etapa de su quehacer debe decidir con racionalidad y respetar las leyes de la física. El clima interviene aportando elementos fundamentales, a los que la arquitectura debe responder para lograr la calidad de vida que todos anhelan.

En este ámbito, el arquitecto materializa lo que ha imaginado, buscando los materiales para cumplir con su objetivo más sublime: el de lograr el bien-estar. Ese gustito en el alma que da sosiego. Una selección cuidadosa comprende desde colores, texturas, respuesta a las inclemencias del clima –lluvia, calor, humedad–, mantenimiento diario y futuro, vegetación circundante para el frescor y la sombra; y, por supuesto, el tema que cobija todo esto y que demanda mucha atención: los costos.

Arquitectura adaptada al trópico

Acerca de la adaptación de la arquitectura al clima tropical, nos referiremos, para empezar, a la experiencia de los países europeos en sus colonias. La idea detrás de este emprendimiento de enorme envergadura, fue crear los espacios sanos e higiénicos para lograr asentar a las poblaciones europeas nuevas, que vendrían a poblar los territorios recién descubiertos. La diferencia de clima y las enfermedades que se encontraron, los condujo a crear nuevas ciudades y nuevos edificios.

Las colonias demandaban gran cantidad de personas, de diferentes especialidades, que debían permanecer en los nuevos territorios conquistados. Las condiciones de salubridad se tornaron prioritarias y debieron ser incluidas en la arquitectura, al momento de diseñar los edificios.

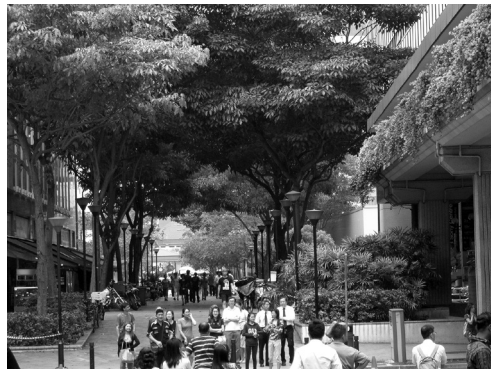
Ni Amsterdam ni Londres ni París ni Madrid, eran modelos con arquitecturas para imitar. Se necesitaban grandes techos, aleros bien largos, aislarse del suelo húmedo e inundable y climatizar aplicando los principios básicos de la física de fluidos, para que el aire refrescara al acelerarse. Nada de esto existía, porque no era necesario en las ciudades europeas.

Para las colonias de la franja tropical, desde la metrópolis se diseñaron ciudades y edificaciones para soportar la lluvia, la humedad, la intensa luminosidad y el calor. En los primeros años se pensó que bastaría con exportar los estilos de la metrópolis para crear las condiciones de habitabilidad necesarias para los colonos. Esto descartaba las enseñanzas de la arquitectura bioclimática de las construcciones vernáculas, utilizadas por las poblaciones aborígenes y que eran la perfecta respuesta al clima y a los recursos disponibles, en materiales, herramientas y mano de obra.

Por esta imposición de estilos arquitectónicos y dadas sus consecuencias negativas en la vida de los colonos europeos, ellos no tardaron en reconocer que el enfoque para construir viviendas y edificar ciudades, debía ser diferente. Se reportaron funestas experiencias en las que un alto porcentaje de colonos moría por las malas condiciones de vida, la insalubridad y por enfermedades desconocidas. Todo esto estaba relacionado con las malas condiciones de habitabilidad y la desadaptación de los edificios y ciudades, a las demandas del clima tropical.



Guayaquil, Ecuador, edificio colonial



Espacio urbano, Singapore

La ausencia de ventilación, la construcción con materiales inadecuados, la falta de sombra, la mala o inexistente evacuación del agua de las lluvias torrenciales, el desconocimiento de huracanes y tornados y la proliferación de mosquitos y bestias que atacaban a los colonos. A modo de ejemplo, imaginemos la llegada de los españoles a la costa caribeña de Costa Rica y luego la cabalgada por los bosques húmedos de las planicies de Guápiles, vestidos con armaduras, arcabuces y cascos de metal.

Reitero que los europeos cambiaron su enfoque en la arquitectura y en la planificación de las ciudades. Los holandeses, al llegar a Batavia, hoy Jakarta, perdían al 70 % de sus colonos. La imitación de Amsterdam con sus casas sin aleros, sin sombra y sin ventilación, era parte del problema. Fue Simon Stevin el encargado del planeamiento de una ciudad que vendría a resolver la insalubridad y conceptualizaría la ciudad adaptada al trópico. Combinó las calles arboladas con canales formando cuadrantes en medio de un perímetro amurallado.

Las ciudades holandesas en los trópicos eran alabadas por los viajeros, por sus avenidas y plazas colmadas de sombra de los abundantes árboles. Esto, parece notable, pero aparentemente no era habitual encontrar sombra en cada ciudad en los trópicos. Paramaribo en Suriname tuvo un elaborado esquema de plantación que consistía en plantar palmas reales en todas las calles orientadas norte-sur y caobas en todas las este-oeste (Oers, citado por Stagno y Ugarte, 2004:)

En la planificación de Batavia, los holandeses comprendieron que no es lo mismo caminar al sol y sin protección en el clima tropical, que hacerlo a la sombra; a diferencia de los lugares con clima frío donde se prefiere el calor del sol al frío helado de la sombra.

España disponía de los manuales compendiados en las Leyes de Indias, que regulaban la planificación y arquitectura de las nuevas ciudades. Ahí se recomendaba que al escoger el lugar para fundar las ciudades y poblar debía observarse si los indios eran sanos y de buen aspecto; para construir la ciudad, lo hacían trazando calles angostas, en zonas con clima caliente y calles anchas para los climas fríos. Así aprovechaban las construcciones para proyectar sombra sobre la calle y el sol para calentarla en los climas fríos. La orientación de los vientos era también analizada para definir el plano de la ciudad.



Conjunto de viviendas, ciudad bananera



Banco BAC San José, Escazú 2014, certificado Reset

Las edificaciones en las fincas bananeras de Costa Rica, que construyeron las compañías norteamericanas, son un buen ejemplo de una arquitectura adaptada, cuyo objetivo final era lograr la buena habitabilidad en ese clima húmedo y caliente. Esa arquitectura sintetizaba las experiencias de varios siglos de colonización, primero europea y luego estadounidense, en territorios en la franja tropical del planeta.

Estos ejemplos de arquitecturas adaptadas al entorno natural, climático y cultural, trajeron una mejor calidad de vida, en general. Además, contribuyeron a una mejor salubridad en las comunidades, puesto que las ciudades y edificios, por su urbanismo y arquitectura, incorporaron adecuados criterios de diseño.

La arquitectura debe entenderse inmersa en el urbanismo y, como tal, se genera una simbiosis. Para que la arquitectura aproveche la luz, la brisa, el silencio y la sombra en su diseño, es importante que el entorno de la ciudad le sea favorable. Un entorno urbano mejorado, permite que la arquitectura se beneficie, abriéndose hacia él y no cerrándose. En la meseta central de Costa Rica se disfruta de una buena brisa, de una temperatura agradable y de un régimen de lluvia que limpia el aire. Aunque estas condiciones tienden a no ser perfectas aún están lejos de alcanzar los índices de otras ciudades, en las que advertencias diarias de la calidad del aire, orientan a los ciudadanos acerca de la inconveniencia de salir a la calle.

En el presente, la crisis del transporte en Costa Rica está afectando la calidad de vida de la población sin distinción, sea los que viajan en buses y trenes y los que lo hacen en automóvil. Las dificultades para circular y las horas perdidas en desplazamientos y el estrés que se genera, se han vuelto temas recurrentes, especialmente en la prensa, que lo está reiterando con insistencia. Esta actitud cuestionadora va dirigida a las autoridades y demanda respuestas urgentes. Da la impresión que la prensa, ahora, lo ha tomado como un compromiso.

Llama la atención que los datos y las soluciones que se presentan ahora, son los que se conocen desde hace décadas. El 70 % de las personas que entran a San José lo hace en bus y tren y solo el 30 % lo hace en un auto; sin embargo, el 65 % de las emisiones de CO₂ la generan los autos. La solución es el transporte público multimodal y no es con carreteras más amplias que se resuelve el problema, más bien se agrava. Abundan los ejemplos que demuestran que la solución es el transporte público masivo y eficiente.

También sorprende que, cuando los expertos advertían del problema del transporte hace décadas, no encontraron eco en la prensa como un ente divulgador con capacidad de razonar para anticipar lo que era evidente; les faltó sentido de previsión. No está mal que la prensa se esté comprometiendo

ahora con este tema, pero se siente una reacción tardía y se echa de menos una prensa con visión. Toda la ciudadanía está sufriendo ahora la falta de visión y de acción oportunas, que pudo haber evitado la lamentable situación del transporte, público y privado, que sufre a diario toda la población urbanizada. En este aspecto, cuánto mejor sería que el país tuviera una ciudadanía advertida, por autoridades y medios, y evitar una ciudadanía descontenta.

Contrasta con esta catástrofe nacional los grandes éxitos en reforestación (52 % del territorio cubierto por bosques), los bajos índices de mortalidad infantil (menor al 8 por mil) y la alta esperanza de vida (79 años), la generación de electricidad con un 99 % de fuentes renovables y otros éxitos notables que ha alcanzado Costa Rica. Para lograrlos se requirió del empuje de varias instituciones estatales y de políticas públicas bien orientadas; también, de una ciudadanía advertida por la información inteligente y visionaria de la prensa.

¿Por qué la arquitectura contemporánea, ha de ser sostenible?

El impacto del sector construcción -incluida la arquitectura- en el ecosistema, ya no se puede ocultar. No se puede negar el beneficio que aporta a la vida un ecosistema, por lo que es imperativo que una coexistencia entre lo natural y lo construido sea viable y equilibrada. Para lograr este objetivo complejo, es necesario conocer las variables con que se comportan ambos escenarios para que, al momento de intervenir, lo construido impacte lo menos posible en lo natural.

La arquitectura y la construcción tienen un impacto importante en el ecosistema, porque ocupan terreno y materiales que se han producido con energía, agua y materias primas del suelo. Los procesos de transformación industrial involucran muchos aspectos que provocan impactos ambientales, los cuales deben reducirse al mínimo y de forma razonable. Si se suma el transporte de los insumos hacia la industria y luego hacia la construcción, el impacto aumenta.

La conclusión es evidente. El impacto ambiental de la construcción es importante y es por esta razón que la sostenibilidad en la arquitectura no solo se ha vuelto necesaria, sino indispensable.

El impacto que produce la construcción en el planeta no es homogéneo. Hay un mayor impacto en áreas con mayor diversidad biológica. En la cintura tropical, por la fragilidad del ecosistema, el impacto es más dañino, en términos relativos, que en las áreas desérticas.

Desde esta perspectiva, Costa Rica se encuentra en un área frágil del planeta, por lo que las acciones deben coordinarse como directrices estatales claras y con sus objetivos manifestados en términos científicos y no ideológicos. El jardín del edén intocable ya no es posible y tampoco lo es el desarrollo descontrolado. Es válida, ahora más que nunca, la pregunta sobre cuánto desarrollo queremos, como una reflexión necesaria para determinar los límites razonables entre lo natural y lo construido. Todo esto mediante la planificación para un desarrollo sostenible integral.

La arquitectura, como actora indispensable en este proceso, tiene una participación importante. Respondiendo a esta consideración, el Instituto de Arquitectura Tropical creó la Norma Reset y la donó a Inteco (Instituto de Normas Técnicas de Costa Rica) y al CFIA (Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica) para que se estableciera en Norma Nacional en el 2012 Reset (Requisitos para edificaciones sostenibles en el trópico). Esta norma es una herramienta para certificar edificios que han sido diseñados para sintonizar con la naturaleza. Reset es una norma con carácter humanista y no mercantilista.

Los criterios de diseño que aplican el arquitecto y el ingeniero al seguir las directrices de Reset, están orientados a reducir el impacto que tiene la construcción sobre el ecosistema. La máxima que aplica esta norma es “más diseño que tecnología”, porque con el solo oficio del arquitecto es posible lograr los objetivos de confort y bien-estar y lograr el sello de sostenibilidad conforme que otorga Inteco.

En la latitud tropical, el arquitecto debe aprovechar los recursos renovables y disponibles en abundancia —sol, luz, brisa, frescor, vegetación, sombra, lluvia, agua— y diseñar para reducir el consumo de energía y lograr un mínimo impacto sobre el ecosistema. Con un buen dominio de las artes del diseño, es posible resolver la mayoría de los desafíos en juego y dejar la tecnología como un complemento. Es decir, que ella viene a solventar lo que no se logró con el sentido común y con el buen oficio. Este enfoque es diferente del que logra la sostenibilidad por el uso intensivo de la tecnología y que es más caro en equipo, consumo y mantenimiento.

Pensar la sostenibilidad en la arquitectura al revés, es un sinsentido. Pongamos de ejemplo el diseño de un edificio alto, forrado en vidrio y expuesto al sol en los cuatro costados por sus fachadas vidriadas. Es evidente que, por más “inteligente” que sea el edificio, la carga térmica por radiación sobre los vidrios deberá reducirse con potentes equipos de aire acondicionado. Bajar la temperatura de 45 °C o más en los vidrios, a 24 °C adentro, demanda un enorme consumo de electricidad. Si por el contrario, el arquitecto diseña la fachada del edificio con aleros para que los vidrios estén en sombra, estos estarán frescos y los equipos de aire acondicionado serán mucho más pequeños y de menor consumo.

Hay que aplicar el sentido común y la máxima popular “para no enfriar, no hay que calentar”. Este enfoque es el que incorpora Reset en sus criterios de evaluación.



Avenida 4, Paseo de la Unión
Europea, Proyecto San José Posible



Parque España, San José, Costa Rica

Para refrescar la ciudad y reducir la contaminación de los gases que producen los autos, es importante aumentar su masa arbórea y ofrecer opciones peatonales a la gente para que puedan transitar en calma y sin temores. Esto contribuye a que la ciudad tenga un entorno más amigable y que colabore con la arquitectura.

En los países industrializados aplican la tecnología y saturan los edificios con equipos y se aíslan del entorno urbano. Es probable que ese enfoque, aunque implica altos costos, mantenimiento constante y dependencia tecnológica, sea el apropiado para esas economías y entornos climáticos. Pero, aplicar ese enfoque en la latitud tropical es un sinsentido; más aún si disponemos de un clima benigno y de las habilidades para diseñar una arquitectura a costo normal y sostenible.

Podemos concluir con certeza que, para reducir el impacto de la arquitectura en el ecosistema tropical, es prioritario enfocar la solución en diseñar con los recursos renovables que se encuentran en el entorno climático y enfocarse en su adaptación a las condiciones económicas y sociales del país.

Bibliografía

Stagno, Bruno y Jimena Ugarte. 2004. *Ciudades tropicales sostenibles*. San José: Instituto de Arquitectura Tropical.

“El Poder Ejecutivo, en su exposición de motivos al enviar al Congreso el proyecto de ley estableciendo en Costa Rica los seguros sociales obligatorios, expuso, ampliamente, las razones de orden social y económico que fundamentan ese paso de mi gobierno, como única fórmula que armoniza los intereses en pugna del capital y el trabajo, pues tiende a establecer como las bases de las relaciones. Desde donde estemos, debe tenerse claridad del papel preponderante y fundamental que ha tenido la Caja Costarricense de Seguro Social en la construcción de una sociedad más sana, más equitativa y con mejores oportunidades de desarrollo. Junto al derecho a la vida, el derecho a la salud determina la posibilidad del ejercicio efectivo de otros derechos humanos, como el trabajo y la educación. La constitución de la Organización Mundial de la Salud afirma que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. El derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente”.

Fortalecer esta institución para que cumpla su importante misión debe ser una tarea de todos y de todas, tanto a lo interno como a lo externo; en lo que implique la revisión de estructuras, la planificación del recurso humano, en inversión tecnológica, en equipo, en rediseño de procesos o en cualesquiera otros aspectos que tiendan al cumplimiento de su misión.

Zarela Villanueva Monge,
presidenta de la Corte Suprema de Justicia

CAPÍTULO VIII

**Talento humano
de la seguridad social**

Creatividad e innovación en la gestión del capital humano

La clave para crear un excelente lugar para trabajar no es un conjunto prescriptivo de beneficios, políticas y prácticas que se deben dar a los empleados, sino la construcción de relaciones de alta calidad en el lugar de trabajo: relaciones caracterizadas por la confianza, el orgullo y la camaradería. Estas relaciones no se construyen de un modo fácil sino a través de indicadores clave que ayudan a mejorar el desempeño organizacional.

Great Place to Work

Rónald Lacayo Monge

La Caja Costarricense de Seguro Social enfrenta el reto de adaptar su modelo de gestión del capital humano, a las características que presentan los jóvenes y niños de hoy, la denominada generación Z (personas nacidas entre 1993 y 2010), quienes conformarán en su mayoría, la fuerza laboral disponible en los próximos 25 o 30 años.

La generación Z presenta condiciones muy específicas que nos obligan a implementar mecanismos de gestión innovadores. Estos mecanismos no solo deben adaptarse a las características de esta generación, sino también potenciar sus particularidades en beneficio de los usuarios de la seguridad social y como garantía de una Caja centenaria sólida, moderna y más humana.

Sin duda, el uso intensivo de la tecnología deberá ser uno de los componentes de cualquier modelo que pretenda gestionar de manera exitosa las características de la generación Z, por cuanto es a través de este medio que mayor interacción e identificación alcanza este grupo de personas. Asimismo, la optimización del tiempo que posibilita el uso de las tecnologías de información y comunicación, permitirá crear espacios para el estímulo de la creatividad y para el desarrollo de actividades lúdicas, que son de alto valor para la generación Z.

Según Georgie de Barba (2016), la generación Z presenta, entre otras, las siguientes características:

[...] Son autodidactas [...]

[...] Son jóvenes muy maduros, autosuficientes y creativos.

[...] El 60 por ciento quiere un empleo que impacte al mundo, el 26 por ciento hace algún tipo de voluntariado y el 76 por ciento se preocupa por el impacto que tiene el ser humano en el planeta.

[...] Ellos nacieron con la cultura DIY (*Do it yourself*), así que están acostumbrados a solucionar problemas y necesidades de manera personal y enfocada. El acceso a la nube les ha dado las herramientas necesarias para encontrar la manera de construir su propio mundo.

El 76 por ciento de estos muchachitos desean que su vida laboral esté relacionada con sus pasiones y *hobbies* actuales. Son un poco soberbios; el 80 por ciento piensa que es una generación mejor adaptada a cualquier situación. Ojo: el 72 por ciento no piensa recibir órdenes de un jefe, NUNCA. Están dispuestos a emprender y ser sus propios jefes.

[...] Esta generación maneja internet como robots, pasan más de tres horas al día frente a la computadora en actividades no relacionadas con sus labores escolares o trabajos.

Estamos ante colaboradores muy distintos a los que hoy gestionan nuestros servicios y, sin duda, chocarán fuertemente con las condiciones laborales que en la actualidad ofrecemos.

Las organizaciones más desarrolladas y exitosas en el último quinquenio, son en su mayoría empresas de servicios (es decir, que basan su negocio en personas). Además, estas empresas aparecen en los primeros lugares en el *ranking* de las mejores empresas para trabajar en el mundo. Se caracterizan por implementar modelos de gestión que tienen como premisa fundamental la generación de empleados felices.

Google, una de las empresas de mayor crecimiento y éxito en los últimos años. Según Andrés Pedreño Muñoz, director del Instituto Internacional de Economía de la Universidad de Alicante, Google se ha convertido en la empresa icono en lo que se refiere a la gestión de su capital humano:

Tirarse por un tobogán, tomar una siesta en la sala de relajación, jugar una partida de billar e incluso ejercitarse en el gimnasio son algunas de las actividades que pueden realizar sus empleados mientras trabajan. Todo esto bajo la premisa de que el empleado feliz trabaja mejor.

Así, Google ha logrado derribar en parte la máxima que ha imperado en la mayoría de las empresas que sostiene que la remuneración es el mejor de los incentivos, "hasta el punto de que trabajar en Google da en sí mismo un estatus profesional que destaca de forma importante en relación a sus competidores" [...]

Si bien no se vislumbra en el marco de la institucionalidad pública, alcanzar niveles de desarrollo en materia de gestión del capital humano como los que ofrecen empresas de la relevancia de Google, Zappos, Patagonia o Mercadona; cobra relevancia la búsqueda de esquemas que nos permitan, dentro de ese marco de acción, dar la posibilidad a nuestro nuevo capital humano para que desarrolle todo su potencial. De esta manera no solo incidirán positivamente en una mayor calidad de los servicios que la Caja Costarricense de Seguro Social ofrece a los ciudadanos, sino que se logrará una mayor identificación de parte de estos nuevos trabajadores con los principios y valores que la fundamentan.

En esa línea de pensamiento, debemos trabajar desde ya en acciones que mejoren el nivel de felicidad de nuestros funcionarios, temas básicos como habilitación de guarderías, espacios comunes para alimentación debidamente acondicionados, pausas activas, etc.; espacios que por sí mismos promueven la creatividad y la innovación.

El primer paso que debemos dar en esa dirección es romper con el mito de que el salario es el único incentivo para la persona. Ya hoy no es así y lo será mucho menos en los próximos años, de acuerdo con las características de la generación Z.

En las próximas tres décadas, el concepto de *salario emocional* cobrará mayor relevancia.

Cada vez será más común encontrar en las empresas puestos como asesora de vida, gerente de Felicidad y Cultura o jefe de Calidad de Vida, lo que evidencia los excelentes resultados que este nuevo enfoque generarán.

Ana Marcela Pardo, jefa de Calidad de Vida de la Cámara de Comercio de Bogotá, señala:

Yo creo que a las compañías les falta aplicar y trabajar en pro del salario emocional; los empresarios aún son temerosos de generar espacios diferentes a los laborales; no hay cultura de confianza y se cree equivocadamente que las personas no van a cumplir, cuando en realidad es todo lo contrario. Cuando nosotros cambiamos esa cultura, hubo una transformación en la organización y nos dimos cuenta que cuando la gente está comprometida y hace lo que le gusta, los resultados llegan, hay un empoderamiento y, en efecto, la empresa es más productiva (Mintic, 2016).

Será necesario, además, trascender de la clásica organización jerárquica y vertical, a esquemas de trabajo mucho más planos y horizontales, que favorezcan el trabajo en equipo, la gestión por procesos punta a punta y la estructuración por proyectos.

Algunas empresas ya aplican esquemas de organización completamente innovadores, como la llamada holocracia, que fundamentalmente plantea la desaparición de cargos y jefaturas y la sustituye por

una organización adaptable, en la que el crecimiento progresivo no dé lugar a un incremento de la burocracia, y en el que nadie se esconda detrás de un cargo. Tanto la autoridad como la toma de decisiones se distribuyen a través de una holarquía fractal de sistemas auto-organizados, en lugar de emerger de la parte superior de una jerarquía. Una organización enfocada al emprendimiento y al liderazgo ejercido por cada persona, cada uno en su papel, y en la que se supone que se incrementan la agilidad, la eficiencia, la transparencia, la innovación y la responsabilidad. Pocas reuniones físicas y, en estas, un fuerte enfoque a consecución de objetivos, sin pérdidas de tiempo ni luchas de egos parapetados tras cargos. Una estructura, además, apoyada extensamente en el desarrollo tecnológico, dado que es necesario un elevado nivel de interconexión para poder sostener la coordinación de una manera ágil. Es muy posible que en este momento sean muy pocas las compañías, los trabajadores y sobre todo, los directivos preparados para entender los conceptos y las implicaciones de una holocracia, pero ya veremos en dónde se encuentra el término dentro de un cierto tiempo (Dans, 2013).

Un primer paso que desde nuestra institución podemos dar hoy, en la ruta a un modelo innovador de gestión del capital humano, lo constituye la definición de procesos de punta a punta o transversales a la organización y la conformación de equipos de trabajo que atiendan actividades determinadas de ese proceso. Se debe tener como meta de gestión el producto final del proceso y no solo el desarrollo efectivo de la actividad o actividades específicas que se atienden; es decir, que se dé prioridad al resultado sobre los participantes.

Los próximos treinta años presentan un panorama altamente retador para la institución en materia de gestión del capital humano. Se impone la adopción de prácticas creativas e innovadoras, que permitan el aprovechamiento pleno de las potencialidades que ofrece la generación Z, en beneficio de nuestra población objetivo. Es importante entender las limitaciones que establece la administración pública e identificar oportunidades para la implementación del salario emocional. Con esto será posible conformar una planilla de funcionarios felices.

Bibliografía

Dans, Enrique. 2013. Holocracia, la filosofía de la organización que viene. 31 de diciembre. En línea: <https://www.enriquedans.com/2013/12/holocracia-la-filosofia-de-la-organizacion-que-viene.html>

De Barba, Georgie. 2016. 7 características de la generación Z. En: *Entrepreneur*, 24 de junio. En línea: <https://www.entrepreneur.com/article/268023>

Great Place to Work. Nuestra historia. En línea: <http://www.greatplacetowork.com.ar/acerca-de-nosotros/nuestra-historia>

Natalia Vega, 2010, El modelo de Google en la gestión del capital humano. Tomado del sitio web de Educamericas.

Ministerio de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones de Colombia (Mintic). 2016. Salario emocional vs. salario económico. En línea: <http://www.mintic.gov.co/portal/604/w3-article-15712.html>

Formación de recursos humanos y modelo de prestación de servicios

Mauricio Vargas Fuentes

Introducción

Este ensayo plantea la perspectiva particular del autor sobre la formación de los recursos humanos y su relación con el modelo de prestación de servicios de la CCSS.

El tema de la formación de los recursos humanos para la salud está estrictamente vinculado con la calidad de la prestación de los servicios de salud. Si se comprende de esta manera, lo natural es que las instituciones formadoras de recursos humanos, valga decir las universidades, trabajen de forma articulada con las instituciones prestadoras de servicios de salud y viceversa.

En Costa Rica, la historia reciente evidencia que esa articulación ha existido solo cuando el gobierno de turno comprende la importancia del tema y, al integrar el sector salud, incluye a las universidades.

Hasta el momento, el “gran participante” ha sido la Universidad de Costa Rica, lo cual debe ser comprendido como parte de la historia de la construcción del sistema público de salud en el país. La historia evidencia que se trata de un proceso desarrollado en forma conjunta por la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica, cada una en el ámbito de sus responsabilidades.

A criterio del autor, esta es una estrategia válida e importante para lograr que la formación esté vinculada con el modelo de salud que el país decidió seguir.

Entramos aquí a un tema delicado, ya que actualmente existen en Costa Rica una importante cantidad de universidades privadas que, paralelamente con tres universidades públicas, forman recursos humanos en el campo de la salud, a nivel de grado y posgrado.

¿Cuáles deben formar parte del sector salud?, ¿las públicas?, ¿las públicas y las privadas? Este tema será analizado en el desarrollo de este ensayo.

Por otra parte, es un tema que toca no solo la formación de recursos humanos a nivel de grado, sino también de posgrado. Se trata de perspectivas diferentes, pero que deben ser abordadas en forma integral.

La necesaria articulación de las universidades y la CCSS

Indudablemente, el modelo de salud público debe orientar la formación de los recursos humanos por parte de las universidades. No obstante, se debe tener claro también que las universidades deben

formar los recursos humanos que en general el país requiere y que, en ese contexto, deben formar profesionales y técnicos con capacidades para insertarse tanto en lo público como en lo privado, en el entendido de que se debe garantizar una atención de calidad para toda la población.

Nuestro seguro social tiene como uno de sus principios la universalidad, por lo cual es responsable de atender a toda la población. Desde esta perspectiva, sus recursos humanos deben poseer las competencias necesarias para cumplir con los objetivos del modelo de salud que hayan definido las autoridades institucionales.

Esto solo se logra con una buena articulación con las instituciones que forman ese recurso humano.

Una estrategia idónea para lograr dicha articulación es la integración de un sector salud que incluya a las universidades. La integración del sector salud es responsabilidad del Ministerio de Planificación y Política Económica y el coordinador del sector es el ministro de Salud, que en el caso de Costa Rica es el rector de la salud en el país.

A criterio del autor de este ensayo, tanto las universidades públicas como las privadas deben participar del sector salud, y esto se logra si tanto Unire (Unión de Rectores de la Universidades Privadas) como Conare (Consejo Nacional de Rectores de las Universidades Públicas) nombran un representante ante esa instancia.

Es igualmente esencial que las carreras que imparten tanto las universidades públicas como las privadas, garanticen la calidad de los profesionales y técnicos que forman. Esto se logra si, en el caso de las universidades privadas, el Conesup (Consejo Superior de la Enseñanza Universitaria Privada) atiende su responsabilidad de autorizar la constitución de universidades que cumplan con requisitos de calidad y si fiscaliza su funcionamiento de forma permanente y adecuada; y si las carreras son acreditadas por el Sinaes (Sistema Nacional de Acreditación de la Educación Superior).

En el caso de las universidades públicas, es conocido el rigor del proceso de apertura de carreras dada la normativa que lo rige, pero siempre debe ser una aspiración el que dichas carreras sean también acreditadas por el Sinaes.

Todo lo apuntado muestra la necesidad de que exista realmente esa articulación entre entidades formadoras y la CCSS, bajo la conducción del Ministerio de Salud.

Hoy entendemos la salud como un derecho humano fundamental, pero ese derecho no solo se relaciona con la cobertura del sistema público de salud, sino con la calidad de los servicios que brinda. La salud se logra si en primer lugar se garantiza calidad en la formación de los recursos humanos por parte de las universidades, tanto públicas como privadas; y también si el prestador de servicios, en este caso la CCSS, desarrolla procesos de contratación que identifiquen adecuadamente a los mejores.

Hoy se acepta que los derechos humanos fundamentales deben ser garantizados por el Estado, y la salud es uno de ellos. Queda claro, según lo expresado, la forma en la que el Estado debe garantizar ese derecho

Para garantizar la calidad de la atención en materia de salud, se debe comprender que este concepto está vinculado con la satisfacción de las necesidades del paciente como individuo, las de su familia y las de la sociedad en su conjunto. En ese sentido, tiene tres dimensiones: la humana, la científico-técnica y la económico-financiera.

Esto quiere decir que lograr calidad en la atención de la salud tiene implicaciones múltiples que deben ser consideradas por las personas que dirigen las organizaciones de salud, en este caso de la CCSS. Estas

implicaciones son las que se han descrito en las líneas anteriores, para lo que se debe entender que las relacionadas entre la dimensión humana y la científico-técnica, están estrictamente vinculadas con la calidad de la formación de los recursos humanos.

La formación a nivel de grado

La formación a nivel de grado y de los técnicos en salud, es un tema que debe ser discutido en el seno del sector salud.

Las universidades deben formar con calidad el recurso humano que requiere el modelo de salud. En el caso de la CCSS, se requiere de profesionales que entiendan la institución, que conozcan su historia y su significado para la sociedad costarricense; además, que conozcan y comprendan el modelo de salud que la CCSS tiene definido. Estos profesionales deben comprender el significado de la atención integral en salud, la necesidad de construir un modelo de salud que parta de las necesidades de la gente y que entienda las causas de la buena salud, que entienda, por lo tanto, la determinación social de la salud y que sepa trabajar sobre la misma.

No solo es un médico, un enfermero, un nutricionista, un trabajador social u otro profesional lo que requiere el sistema, es un médico, un enfermero, un nutricionista, un trabajador social u otro profesional, que lidere los procesos de cambio que requiere la atención de calidad para la población del país.

Es también el profesional y el técnico que requiere en términos de perfil laboral, el modelo de salud. Hoy existen universidades públicas y privadas que forman profesionales (licenciados y bachilleres) en materias que lo que plantea el modelo de salud es que sean ejecutadas por personal técnico. Esto implica una presión adicional para el sistema de salud, ya que ante la inopia de técnicos debe contratar profesionales, con el incremento del costo financiero que significa.

Esta es una clara muestra de la falta de coordinación existente, que contradice los principios más básicos de la buena planificación del país.

No obstante lo anterior, recordemos que tanto el profesional como el técnico que forman las universidades, deben cumplir con los requisitos de calidad para insertarse apropiadamente, tanto en el ámbito público como en el privado. No todos los que se gradúen irán a laborar a la CCSS.

La formación a nivel de posgrado

Este es un tema relacionado con las especialidades médicas y con la formación en salud pública y todas sus ramas.

La formación de especialistas en medicina debe ser planificada por el Cendeisss. La Universidad de Costa Rica debe formar la calidad y cantidad de especialistas que ese órgano de la CCSS defina. Esto debe ser así también si se abriera la posibilidad de la formación de especialistas por parte de otras universidades.

Hasta ahora el Cendeisss parece haber fallado en dicha planificación, ya que existe carencia de profesionales en diversas especialidades. Para el mes de agosto de 2016, el Ministerio de Salud ha declarado inopia de 47 especialistas en diversos campos.

Es importante mencionar que la formación de especialistas debe corresponder al modelo de salud que el país requiere, por lo que la institución tiene la gran responsabilidad de construirlo en el marco de las necesidades de la población, conciliadas con los recursos disponibles.

En el marco de la salud pública, la enseñanza formal en el mundo arrastra una historia de prácticamente 90 años. Los problemas han sido crecientes y muchas veces la formación no se corresponde con los avances científicos y con la construcción de mejores sistemas de salud. Esto es algo tremendamente preocupante, cuya discusión se ha relegado a un espacio secundario en los sectores académicos y en los niveles de aplicación; lo que ha generado prácticamente su aislamiento y, en muchos casos, su irrelevancia para la sociedad.

Las escuelas de salud pública tienen el deber de responder a las necesidades de las instituciones de salud y, en ese contexto, a las necesidades de la población. Deben articularse de forma apropiada con la realidad, a partir de adecuadas estrategias que permitan dicha articulación.

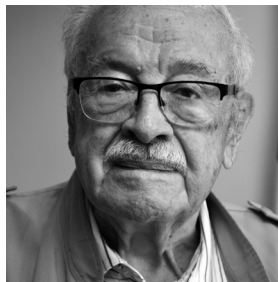
Para ello, deben crear espacios para la generación de conocimiento a partir del desarrollo de proyectos de investigación, acción social y docencia en los servicios de salud; que le permitan a los docentes investigadores, estudiantes y funcionarios de esos servicios, construir modelos que coadyuven al desarrollo tanto de la institución prestadora de los servicios como de las escuelas de salud pública.

Es deber también de las escuelas de salud pública, formar los profesionales a nivel de grado y posgrado que respondan a las necesidades de las instituciones y, en ese contexto, a las necesidades de la población. Hoy se requieren profesionales especialistas en salud pública con destrezas gerenciales, que fortalezcan la organización y el funcionamiento del sistema de salud y que posean las mejores competencias blandas que les permitan su buena gerencia.

Todo esto será posible si se logra la adecuada articulación que se menciona en las líneas de este ensayo.

Biografías de los autores

Guido Miranda Gutierrez



Destacado científico y médico costarricense, que ha aportado en las ramas de las ciencias, la medicina y la seguridad social. Nació el 23 de julio de 1925. Realizó sus estudios secundarios en el Liceo de Costa Rica. Estudió

medicina en la Universidad de Chile, donde se graduó en el año 1949 como médico y cirujano. A partir del año 1950, se incorporó al Colegio de Médicos y Cirujanos e inició su labor profesional en el hospital San Juan de Dios, como médico interno. Se especializó en medicina interna en las universidades de Cornell y Rochester (1951-1953). También laboró en los hospitales Central y México de la CCSS. Su formación, desempeño profesional, experiencia y personalidad, le valieron ocupar posiciones relevantes en la administración superior de la CCSS y en la administración pública. Subgerente médico de 1971 a 1978 y presidente ejecutivo durante ocho años. Docente en la Escuela de Enfermería, en la Facultad de Medicina y en la Facultad de Odontología de la Universidad de Costa Rica, en el Ministerio de Salud. A partir de 1998 ha brindado sus valiosos servicios en la Universidad Estatal a Distancia (UNED), primero como miembro de la Comisión de estudio para organizar la Maestría de Servicios de Salud Sostenible del Sistema de Estudios de Postgrado y luego como profesor.

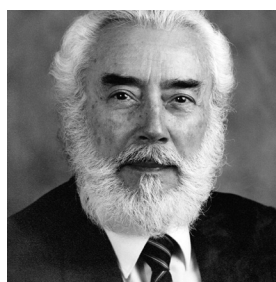
Principales aportes y distinciones

Su larga y prolífica trayectoria incluye aportes científicos en 107 publicaciones en revistas de Costa Rica, México, Suiza, Nicaragua, República Dominicana, Bolivia, Venezuela y los Estados Unidos (Washington); 54 conferencias en diferentes países; tres libros publicados de manera individual y seis publicados en colaboración.

Sus aportes al desarrollo de la medicina y la seguridad social costarricense y del área, así como su destacada labor en la administración pública, le han merecido múltiples honores: Miembro Honoris Causa de la UNED en el 2002, Condecoración al Mérito por el aporte al desarrollo de la seguridad social de Centroamérica y Panamá en 1983; el Premio Latinoamericano en Administración de Servicios de Salud, otorgado por la Organización Panamericana de la Salud en 1989; miembro honorario de la Academia de Medicina en Costa Rica en 1997; invitado especial y miembro de eventos latinoamericanos relacionados con la salud y la seguridad social de la región (1995-1999).

Correo electrónico: vnogmg@racsa.co.cr

Enrique Obregón Valverde



Estudios:

Licenciado en derecho de la Universidad de Madrid, con estudios superiores en derecho administrativo y derecho internacional público. Egresado de la

Escuela Oficial de Periodismo de Madrid

Cargos públicos:

Presidente de la Municipalidad de Pérez Zeledón; diputado a la Asamblea Legislativa; asesor del Ministerio de Educación en el Gobierno de Daniel Oduber; embajador extraordinario y plenipotenciario -1976- para discutir y aprobar en España programas de difusión educativa y cultural. Consecuencia de esta misión fue la Televisión Cultural -Canal 13- y las bases para la Universidad Estatal a Distancia; integró la Junta Directiva del Instituto Nacional de Aprendizaje -1974-1982-; embajador en España y ante la Santa Sede; embajador en Suiza y ante los organismos de las Naciones Unidas en Ginebra; embajador en la Unión Soviética; embajador ante la Orden de Malta; ministro de Gobernación y Policía.

Otros cargos:

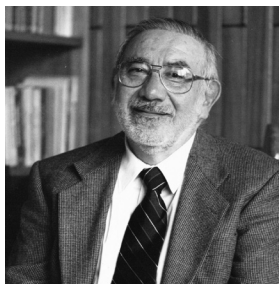
Miembro del Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica; miembro del Consejo Universitario de la Universidad Nacional; editor y gerente del periódico *Excelsior*; profesor de Historia de la Cultura y de las Ideas Políticas en la Universidad de La Salle.

Libros publicados:

Literatura: *Parte de un camino, Escalerita al jardín, El señor Rocha y Este día*. Política: *¿Tiene futuro la democracia?, Socialismo democrático y el Partido Liberación Nacional, ABC de la Socialdemocracia, Gobernar para el pueblo y Semblanzas: Dirigentes históricos del Partido Liberación Nacional*.

Correo electrónico: enriqueobregon@yahoo.com

Juan Jaramillo Antillón



Graduado con los máximos honores en la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México DF, México, 1959.

Exinterno, residente, asistente, jefe de clínica de servicio y sección de los hospitales México y Calderón Guardia (HCG), CCSS. Años de

servicio en la CCSS: 38 y medio.

Exministro de salud. Profesor instructor, asociado y coordinador de cirugía HCG y catedrático de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica (UCR), profesor emérito de la UCR. Años de servicio en la UCR: 33 (sin contar los *ad honorem*).

Miembro de número y expresidente de la Academia Nacional de Medicina y miembro de honor. Miembro de honor del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, miembro de honor de la Asociación Nacional de Salud Pública y de la Asociación de Cirugía y de Coloproctología.

Premios y honores recibidos

Ha recibido un total de 42, entre los que destacan los siguientes: miembro de honor de siete congresos médicos nacionales o internacionales, declarado "médico distinguido de Costa Rica" por el presidente Miguel Ángel Rodríguez en el 2002, en sus 150 años de existencia, el Colegio de Médicos y Cirujanos, en su memoria del 2008, lo consideró entre los 35 médicos más destacados de Costa Rica, en el año 2010 obtuvo la Medalla al Mérito Salubrista Dr. Solón Núñez, la Universidad de Costa Rica y la Escuela de Medicina lo honraron con un reconocimiento por su destacada labor de difusión de los valores institucionales, la Sociedad Bolivariana de El Salvador le concedió un diploma de honor, diploma de Notable concedido por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica International Health Medical Consortium, conformada por las principales escuelas de medicina de EEUU y Canadá, le concedió el "Distinguished Health Medical Consortium", por sus trabajos y publicaciones para mejorar la calidad de la enseñanza de la medicina en el país y en América Latina y Premio Áncora en Ciencias del periódico *La Nación*.

Miembro de 21 academias o asociaciones científicas o culturales del país o del extranjero, entre ellas: The New York Academy of Sciences, American Association for the Advancement of Science de los EE. UU., International College of Surgeons e International College of Angiology.

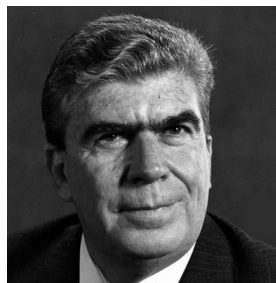
Publicaciones

Ha publicado 34 libros, 37 folletos o ensayos, 79 publicaciones en revistas nacionales o extranjeras y 220 artículos de periódico. Algunos de sus libros fueron escogidos por el Ministerio de Cultura de Costa Rica para

ser enviados a la nueva gran biblioteca de Alejandría en Egipto. Ha participado en congresos nacionales e internacionales de medicina y seguridad social, en muchos como conferencista (en total 130).

Actualmente pensionado, tiene 80 años y 58 años de feliz matrimonio con su esposa Mabel Borges. Correo electrónico calayaja@gmail.com

Carlos Arrea Baixench



Médico cirujano, Universidad Autónoma de México

Especialista en cirugía general
Especialista en cirugía de niños

Premios y distinciones

Premio Justo Sierra en la Universidad Autónoma de México.

Premio Ricardo Moreno
Cañas al mejor trabajo de

cirugía

Mención honorífica Sociedad de Pediatría

Miembro honorario de la Asociación de Cirugía de Costa Rica

Posiciones desempeñadas

Director del hospital de Ciudad Quesada

Director general de Asistencia Médico Social

Asistente de cirugía general del hospital San Juan de Dios

Asistente de cirugía del hospital de Heredia

Jefe de Servicio de Cirugía General del hospital Nacional de Niños

Jefe de Departamento de Cirugía del hospital Nacional de Niños

Subdirector del hospital Nacional de Niños

Presidente de la Unión Médica Nacional

Presidente de la Sociedad de Cirugía Infantil

Presidente de la Sociedad de Pediatría

Presidente de la Academia Nacional de Medicina

Cargos académicos

Profesor de Cirugía de Niños, Cátedra de Pediatría, Universidad Nacional

Profesor y fundador de la Universidad Autónoma de Centroamérica, Cátedra de Medicina.

Catedrático de la Universidad de Costa Rica.

Catedrático de la UACA.

Miembro del Consejo de Posgrado del Cendeiss.

Miembro del comité editorial de la revista *Acta Médica Costarricense*.

Publicaciones

Normas de cirugía pediátrica.

Medicina, historia y Filosofía.

Más de 60 publicaciones científicas en revistas nacionales y extranjeras.

Correo Electrónico: carreaba@gmail.com

Mario Devandas Brenes



En la actualidad ocupa el cargo de miembro de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, dentro de la cual forma parte de las siguientes comisiones de trabajo: salud, tecnologías y reestructuración del

nivel gerencial.

Asesor en materia de política económica de varias organizaciones sociales.

Fungió como responsable de la cátedra de economía y profesor en la Universidad Estatal a Distancia de Costa Rica (UNED), donde atendió las materias de Economía general, Comercio internacional y Finanzas internacionales.

En la UNED fue director de Extensión de 1994 a 1998, período en el cual esa dirección fue galardonada con el Premio Nacional por su contribución a la Calidad de Vida.

Fue coordinador del proyecto regional Fortalecimiento y Modernización del Movimiento Sindical, auspiciado por la Unión Europea y ejecutado en el marco de la OIT.

Desempeñó diversos puestos en la Administración Pública y fue dirigente sindical de 1969 a 1985.

Fue electo diputado para el periodo 1978-1982

Su formación académica consiste en:

Bachiller en economía Universidad de Costa Rica
Egresado del programa de licenciatura en economía, Universidad de Costa Rica

Máster en Política Económica con mención en Recursos Humanos y Políticas de Empleo, Universidad Nacional. Tesis: *Medición de la pobreza en Costa Rica, mediante el método de necesidades básicas insatisfechas.*

Doctor en educación. Universidad de La Salle, segunda generación. Tesis: *La evolución de la conciencia humana, una discusión abierta.*

De manera reciente ha publicado artículos, ha dictado charlas y conferencias, y ha participado en debates sobre temas económicos y sociales tales como: La humanización de los servicios de salud. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.

La sostenibilidad del seguro de salud de Costa Rica. Lima, Perú.

La convocatoria de una asamblea nacional constituyente en Costa Rica. Universidad Nacional, Costa Rica.

Situación de la CCSS: Congreso de Abogados de la CCSS; Colegio de Economistas; Escuela de Economía, Universidad Nacional; Canal 15, Universidad de Costa Rica; Asociación Nacional de Educadores, Asociación de Profesores de Segunda Enseñanza; Universidad de La Salle; Escuela de Tecnologías de la Salud, Universidad de Costa Rica; Congreso Médico Nacional, Sindicato de Profesionales de Ciencias Médicas y Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Propiedad intelectual y el acceso universal a los medicamentos.

El impacto del Tratado de Libre Comercio sobre la seguridad social, empleo público y ajuste estructural. Introducción a la política económica para sindicalistas. Correo electrónico: madebre01@gmail.com

María del Rocío Sáenz Madrigal



Médica costarricense, especialista en salud pública. Presidenta ejecutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (2014-2018). Se desempeñó como ministra de salud en Costa Rica en el período 2002-2006, así como

ministra coordinadora del Consejo Social de Gobierno durante el periodo 2004-2006. Ha sido responsable de la planificación y evaluación del desempeño del sector salud durante el proceso de reforma en Costa Rica (1998-2002), de la estructura del sistema, las funciones, el financiamiento y los programas de salud de extensión de cobertura y de red de servicios de salud.

Ha trabajado como académica en programas de grado y posgrado de la Escuela de Medicina y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica, en la Maestría de Epidemiología de la Universidad Nacional, y en la coordinación de políticas públicas del Programa Salud, Trabajo y Ambiente para América Central (Saltra). También se ha desempeñado en el ámbito internacional como analista de sistemas de salud e investigadora sobre la cobertura universal y la salud pública. Actualmente, es miembro activa de redes internacionales que buscan respuestas comprehensivas para las enfermedades crónicas y degenerativas, especialmente el cáncer. Correo electrónico: saenz.rocio@gmail.com

Julio Frenk Mora



El doctor Julio Frenk es un líder destacado de la salud pública global y una figura académica de amplio reconocimiento.

El 16 de agosto de 2015 asumió el cargo de presidente (rector) de la Universidad de Miami, junto con un nombramiento

académico como profesor titular de Ciencias de la Salud Pública en la Escuela de Medicina Leonard M. Miller de la misma universidad. Anteriormente se desempeñó como decano de la Facultad de Salud Pública T.H. Chan, de la Universidad de Harvard, desde enero de 2009. El doctor Frenk fue ministro de Salud en México entre los años 2000 y 2006, en los que impulsó una agenda ambiciosa para reformar el sistema de salud e introdujo un programa de cobertura universal. También fue director general fundador del Instituto Nacional de Salud Pública de México, asociado principal (*Senior Fellow*) en la Fundación Bill and Melinda Gates y presidente del Instituto Carso de la Salud. Es el presidente fundador del Consejo Directivo del Instituto para la Métrica y la Evaluación en Salud de la Universidad de Washington e integrante del Instituto de Medicina de EE. UU., la Academia Estadounidense de Artes y Ciencias, la Academia Nacional de Medicina de México y el Consejo Directivo de la Fundación de las Naciones Unidas. Su producción escrita incluye más de 150 artículos en publicaciones académicas y una colección extensa de libros y capítulos en libros. El doctor Frenk recibió su título de médico en la Universidad Nacional Autónoma de México, así como una maestría en Salud Pública y un doctorado conjunto con la Organización de la Atención Médica y Sociología en la Universidad de Michigan.

Publicaciones representativas:

Frenk J, Chen L y otros. 2010. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. En: *Lancet*, 376:1923-1958.

Frenk J. 2006. Bridging the divide: global lessons from evidence-based health policy in Mexico. En: *Lancet*, 368:954-961.

Frenk J y Moon S. 2013. Governance challenges in global health. En: *The New England Journal of Medicine*, 368:936-942.

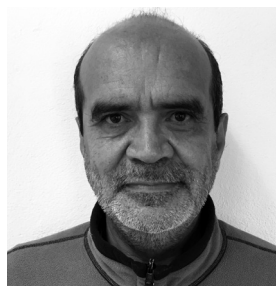
Londoño JL y Frenk J. 1997. Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America. En: *Health Policy*, 41:1-36.

Murray CJL y Frenk J. 2000. A framework for assessing the performance of health systems. En: *Bulletin of the World Health Organization*, 78:717-731.

Correo electrónico: president@miami.edu

Dirección: University of Miami, 230 Ashe Building, 1252 Memorial Drive, Coral Gables, Florida 33146

Octavio Gómez Dantés



El doctor Octavio Gómez Dantés es actualmente investigador en el Instituto Nacional de Salud Pública. Entre 2002 y 2006 fue director general de Evaluación del Desempeño de la Secretaría de Salud de México. Sus áreas principales de

docencia e investigación son las políticas de salud y la salud global. Ha publicado 81 artículos en revistas científicas y es autor de 10 libros y 31 capítulos de libros. Es miembro del Sistema Nacional de Investigadores de México (nivel II). El doctor Gómez Dantés es egresado de la carrera de medicina de la Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco y es maestro en salud pública y maestro en políticas de salud por la Universidad de Harvard.

Publicaciones representativas:

Frenk J y otros. 2006. Comprehensive reform to improve health system performance in Mexico. En: *Lancet*;368:1524-1534.

Gómez-Dantés O y otros. 2013. The road to universal health coverage in Mexico: from charity to social protection in health. En: *Annals of Health Law*, 22:373-385.

Frenk J y otros. 2014. From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. En: *Lancet*, 383:94-97.

Cotlear D y otros. 2015. Overcoming social segregation in healthcare in Latin America. En: *Lancet*, 385:1248-1259.

Gómez-Dantés O y otros. 2015. Political economy of pursuing the expansion of social protection in health in Mexico. En: *Health Systems and Reform*, 1(3):206-216.

Correo electrónico: ocogomez@yahoo.com

Dirección: avenida Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán, 62100 Cuernavaca, Morelos, México

Teléfono: 777/2411474

Rolando Barrantes Muñoz



Abogado. Licenciado en Derecho por la Universidad de Costa Rica. Estudiante del Derecho Cooperativo y de la Economía Social. Exsecretario ejecutivo del Consejo Nacional de Cooperativas. Expresidente de la Junta Directiva del

Banco Popular y de Desarrollo Comunal.

Exdirector ejecutivo del Instituto Nacional de Fomento Cooperativo.

Actualmente miembro representante del Estado en la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Correo electrónico: rolobarrantes@gmail.com

María Eugenia Villalta Bonilla



Actualmente ocupa el cargo de gerente médica de la Caja Costarricense de Seguro Social, desde mayo del 2012. Ha representado a la institución en diversos foros nacionales e internacionales, entre los que se destacan:

2016: Convenio de cooperación técnica interinstitucional CCSS-República Dominicana (tamizaje neonatal) y Conferencia de inequidad de Cartagena (presentación proyecto iniciativa Mesoamérica).

2015: Comisión Interamericana de Derechos Humanos, Washington DC (tema: violencia obstétrica) y V Encuentro Latinoamericano sobre el Derecho a la Salud y Sistemas de Salud. (México).

Experiencia laboral

La experiencia laboral incluye puestos en el nivel local, regional y central:

1994-1998 y 2008-2011: Directora del hospital William Allen Taylor.

1998-2005: Directora Regional Servicios Médicos Central Sur.

1990-1994: Directora hospital San Francisco de Asís, Grecia.

1990: Jefa Servicio Urgencias hospital William Allen, médica jefe Consulta Externa.

1985: Médica directora unidad móvil Pérez Zeledón (Ministerio de Salud).

Adicionalmente, durante el año 2004 se desempeñó como directora ejecutiva del proyecto Banco Mundial, CCSS.

Estudios formales de posgrado y administración

Cuenta con una vasta formación en el campo de gerencia de la salud y salud pública, que apoya su amplia experiencia en el quehacer institucional desde el nivel local, regional y central:

- Licenciada en medicina y cirugía general de la Universidad de Costa Rica.
- Diplomado en administración hospitalaria del Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, México.
- Magistra en salud pública de la Universidad de Costa Rica.
- Especialista en gerencia de servicios de salud del Instituto Centroamericano de Administración Pública, ICAP.
- Especialista universitaria en economía y gestión de la salud, Universidad Politécnica de Valencia.

Curso de alta gerencia, Incae.

La formación continua y la participación activa en eventos relacionados con su quehacer profesional, ha sido fundamental para fortalecer sus habilidades gerenciales en salud. Se destaca lo siguiente: programa de capacitación a distancia en administración de la salud, planificación estratégica de los servicios de salud, gerencia avanzada, desconcentración operacional, gerencia con liderazgo (autogerencia), organización y dirección servicios de salud, resolución de conflictos, calidad de los servicios grupos marginados y seguridad social, debido proceso y orientación jurisprudencial administrativo-laboral y planificación estratégica de servicios de salud.

Correo electrónico: dgmedica@ccss.sa.cr

María del Rocío Sánchez Montero



Directora del Proyecto de Fortalecimiento de la Prestación de Servicios de Salud, CCSS. Médica especialista en medicina familiar y comunitaria, Universidad de Costa Rica. Posgrado

Investigación en Economía y Financiamiento de la Salud para México y Centroamérica, Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social (Ciess), Department for International Development (DFID), Universidad de York (Reino Unido) Máster universitario en gestión y dirección de los sistemas de salud y seguridad social. OIS-Universidad de Alcalá de Henares, Madrid, España. Experiencia investigativa en el Programa de Economía y Financiamiento de la Salud para México y Centroamérica y en la planificación de servicios de salud. Consultora internacional en el desarrollo de componentes, guías clínicas, planes de comunicación y gestión en proyectos de reforma del sector salud. Experiencia docente en el posgrado de medicina familiar y comunitaria de la Universidad de Costa Rica y en el área de economía de la salud del curso de alta gerencia y las maestrías en gerencia de la salud y administración de servicios de salud del Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) y de epidemiología en la Universidad Nacional; coordinadora y docente de los cursos de inducción para profesionales de la salud y técnicos del primer nivel de atención; en el campo de la gestión local, planificación, práctica profesional, participación social, plan de modernización y reforma del sector salud, entre otros.

Publicaciones más relevantes:

León M. y Sánchez R. 1998. Determinación de la eficiencia, equidad, calidad y cobertura de los servicios de salud en el modelo tradicional de asignación de recursos financieros, comparado con un nuevo modelo, Costa Rica, 1995-1997. En: *Gestión*, I semestre. Ednasss. Duarte M y otros. 1999. Determinación de las Intervenciones de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Póster presentado en el Congreso Mundial del Banco Mundial, noviembre. Grifell E y otros. 2001. *Metodología de elaboración de guías de práctica clínica*. Trabajo presentado en el Congreso Nacional de Salud Pública, 5-7 de marzo. Cuernavaca, México.

Sánchez, R. 2002. *Análisis de la vinculación del compromiso de gestión con las necesidades de salud de la población. El caso de Costa Rica*. Costa Rica.

Castillo, J. y Sánchez, R. 2015. La carga de enfermedad como instrumento para la toma de decisiones.

Presentación en el LXXVII Congreso Médico Nacional, 02-06 noviembre, Costa Rica.

Teléfonos oficina: 25390183/25390000 ext.4207

mrsanchem@ccss.sa.cr; rsanchezmon@gmail.com

San José, Costa Rica

José Manuel Salas Carrillo, M. I. I.



Ingeniero industrial con una maestría en Administración Industrial, egresado de derecho de la Universidad de Costa Rica. Su experiencia laboral es de más de 35 años en Costa Rica y México en empresas de las áreas de procesos, calidad

y operaciones, profesor universitario y actualmente asesor en desarrollo de talento humano de la Cámara de Industrias. Miembro del Colegio de Ingenieros y Arquitectos de Costa Rica y del Institute of Industrial & Systems Engineers de los Estados Unidos. Encargado de la asesoría a las empresas en las áreas de ingeniería y recursos humanos de la Cámara de Industrias. Miembro de la Comisión Interinstitucional para la Inserción Laboral de Personas con Discapacidad, adscrita al Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. Exdirectivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, representando al sector empresarial. A su vez, colaborador en el análisis de los proyectos de ley laborales de la Asamblea Legislativa, para que la Cámara de Industrias fije su posición al respecto. Correo electrónico: jsalas@cicr.com

William Vargas González



Es médico con un posgrado en pediatría (Hospital Nacional de Niños) y M. Sc. en Nutrición Humana (Universidad de Londres), exdirector del Servicio de Nutrición y del Departamento de Pediatría Social (Hospital Nacional

de Niños), del Programa de Salud Rural (Ministerio de Salud), del Departamento de Medicina Preventiva (CCSS), de la Escuela de Salud Pública (UCR) y del Programa de Atención Integral de Salud (UCR); laboró con Unicef en el Programa de Supervivencia Infantil para Centroamérica (1984-1989).

Inició su labor académica con la Universidad de Costa Rica en 1970 hasta su retiro en el 2003. Tiene publicados más de 65 trabajos en manuales y revistas científicas nacionales e internacionales. Ha recibido reconocimientos por su destacada labor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (1998), del Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica (2002) y del Programa de Atención Integral de Salud de la UCR (2004).

En el 2006 la Ednasss (CCSS) publicó su libro *Atención primaria de salud en acción*; en el 2010, *Prevención vivir o morir*; en el 2011, *Atención primaria de Salud en Costa Rica*. En el 2015, *La medicina de nuestro tiempo* (en la página web de la Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social, Binasss), de la Facultad de Medicina y de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica; *Los forjadores de Venecia*, Impresos Arce, S. A. En el 2016 publica *Yo y mi entorno*, en la página web de la Escuela de Salud Pública, Universidad de Costa Rica.

La Universidad de Costa Rica le confirió el título de catedrático en 1995 y la categoría de profesor emérito en el 2005. Es miembro de la Academia de Eméritos y Eméritas de la Universidad de Costa Rica.

wvargassp@yahoo.com, teléfono: 8371-1199, Venecia de San Carlos, Costa Rica.

Luis Rosero Bixby Berkeley



Demógrafo. Actualmente es profesor emérito de la Universidad de Costa Rica (UCR), Escuela de Estadística y Centro Centroamericano de Población (CCP), del que fue fundador y director hasta 2009. Es también investigador asociado

en el Departamento de Demografía de la Universidad de California en Berkeley. Economista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, máster en Salud Pública y PhD en Población de la Universidad de Michigan. Miembro extranjero de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos desde 2013. Miembro fundador, en 1994, de la Academia Nacional de Ciencias de Costa Rica. Autor de cerca de 200 publicaciones en libros y revistas científicas internacionales. Fue profesor en la UCR de 1977 a 2012. Investigador de la Oficina de Población de la Universidad de Princeton de 1994 a 1996. Becario Bernard Berelson en el *Population Council* en Nueva York (2000-1). Investigador o profesor visitante en las universidades de Michigan, de Carolina del Norte, de California en Berkeley, Complutense en Madrid y de la escuela Nórdica de Salud Pública en Goteburgo. Ha recibido importantes subvenciones de investigación de las fundaciones: Bill y Melinda Gates, Wellcome Trust, William y Flora Hewlett, Andrew W Mellon y Rockefeller; así como del Instituto Nacional de Envejecimiento y de la Academia Nacional de Ciencias de los EEUU y de la Cepal, entre otros. Ha recibido los siguientes premios: a la Excelencia Científica 2004 de *Florida Farm and Co.*, Científico Destacado 2008 del Ministerio de Ciencia y Tecnología de Costa Rica, Investigador 2009 de la Universidad de Costa Rica. Página web: <http://roserobixby.com> Correo electrónico: lrosero@mac.com

Roy Wong McClure



Médico graduado de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Realizó sus estudios de posgrado en epidemiología de la Universidad Nacional en Costa Rica, donde se graduó con honores como máster en esta

materia; posteriormente obtuvo el grado de máster en epidemiología de campo del programa FETP del Centro del Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos, en la Universidad del Valle en Guatemala. Ha participado en los programas de intercambio en el CDC de Estados Unidos, en los campos de vigilancia de enfermedades crónicas no transmisibles y de sistemas de información para la vigilancia epidemiológica.

Ha laborado como consultor del CDC, para el análisis de temas relacionados con la influenza pandémica y estacional en países de Centroamérica y el Caribe; también ha sido consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el análisis regional de la encuesta multinacional de la Estrategia Centroamericana de Diabetes (Camdi).

Actualmente labora como epidemiólogo para la Caja Costarricense de Seguro Social, en la Subárea de Vigilancia Epidemiológica con énfasis en las enfermedades no transmisibles. Es docente universitario en epidemiología, en programas de pre y posgrado, a nivel nacional y regional.

Cuenta con diversas publicaciones científicas sobre investigaciones epidemiológicas que han marcado un antecedente en la salud pública de Costa Rica.

Correo electrónico: rwong@ccss.sa.cr

Karen Vargas López



Abogada y máster en salud pública con énfasis en gerencia de la salud, graduada de la Universidad de Costa Rica. Como parte de su formación en salud pública, efectuó una pasantía en la Escuela de Salud Pública de la Universidad Albany

de Nueva York, Estados Unidos. Cuenta con más de 20 años de experiencia como funcionaria en la Caja Costarricense de Seguro Social, de los cuales trabajó 10 en el ámbito hospitalario. Actualmente se desempeña como abogada en la Dirección Jurídica de esa institución, en el Área de Gestión Técnica y Asistencia Jurídica, en funciones de asesoría y capacitación principalmente. Es profesora universitaria a nivel de posgrado en la Maestría de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica y en la Maestría de Administración de Servicios de Salud Sostenibles de la Universidad Estatal a Distancia. Ha impartido cursos de derecho a la salud, legislación en salud, gerencia en salud, promoción de la salud y estrategias para la organización de los servicios de salud. Es fundadora de la Comisión de Derecho a la Salud del Colegio de Abogados y Abogadas de Costa Rica; la cual coordinó desde su creación en febrero de 2010 hasta el mes de abril de 2015. Ha sido integrante del Consejo Directivo de la Red Iberoamericana de Derecho Sanitario, durante el período 2011-2015. Ha impartido charlas en distintas actividades académicas a las que ha sido invitada como expositora, en países como Argentina, Brasil, México, Panamá y España, y sobre temas relacionados con el derecho y la salud. Cuenta con distintas publicaciones a nivel nacional e internacional, sobre tópicos donde convergen aspectos de orden administrativo, jurídico y sanitario. Actualmente cursa el Programa de Líderes en Salud Internacional de la OPS/OMS.

Correos electrónicos: kvargal@ccss.sa.cr y kavar20@gmail.com

Olga Arguedas Arguedas



Médica pediatra de la Universidad de Costa Rica, especialista en inmunología pediátrica, PhD en ciencias de la Universidad de Gotemburgo, Suecia.

Cargos ocupados relevantes: directora ejecutiva del Cendeiss; directora

de la Cátedra de Pediatría de la Universidad de Costa Rica; jefe del Departamento de Medicina, subdirectora y directora general del hospital Nacional de Niños. Correo electrónico: oeargued@ccss.sa.cr

Pablo Sauma Fiatt



Economista. Director del Observatorio del Desarrollo y profesor de la Escuela de Economía, ambos de la Universidad de Costa Rica. Consultor para diferentes organismos internacionales y gobiernos nacionales. Especialista en

política social, pobreza y mercado de trabajo. Ha realizado una gran cantidad de investigaciones, tanto a nivel nacional como internacional, así como diversos estudios de carácter regional. Tiene más de 40 publicaciones a nivel nacional e internacional y es colaborador ocasional de algunos medios de comunicación colectiva.

Correo electrónico: pablo.sauma@ucr.ac.cr

Albin Chaves Matamoros



El Dr. Albin Chaves Matamoros se formó como médico cirujano en la Universidad de Costa Rica; más tarde se especializó en medicina interna en esa misma institución de educación superior. Especialista en farmacología

clínica, con estudios en el Instituto de Investigación Farmacológica Mario Negri de Milán, Italia. Tiene una maestría en farmacoepidemiología de la Universidad Autónoma de Barcelona.

Ha sido miembro del grupo de expertos en evaluación de medicamentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), hasta el año 2006. Jefe del Subcomité de Utilización de Medicamentos de la División de Farmacología Clínica de la Unión Internacional de Farmacología (IUPHAR), hasta el 2004. Residente de la División de Información de Medicamentos de la Farmacopea de los Estados Unidos, miembro del panel de expertos en salud internacional de la farmacopea de los Estados Unidos, hasta el año 2000. Presidente del Grupo de Estudios de Utilización de Medicamentos (DURG-LA) los años 2003-2004. Consultor temporal en el área de medicamentos en varios países, con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia Internacional para el Desarrollo (AID) y la Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (Onudi).

Esta labor la ha combinado con la investigación y la docencia, pues fue profesor de farmacología clínica en la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica hasta el año 2008 y en la maestría de farmacoeconomía de la Escuela de Economía de la misma universidad.

Ha publicado más de 25 artículos sobre farmacoepidemiología, en diferentes revistas nacionales e internacionales, y ha participado en más de 70 congresos médicos en Latinoamérica, Europa y los Estados Unidos.

Actualmente se desempeña como director de la Dirección de Farmacoepidemiología y coordinador del Comité Central de Farmacoterapia de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS); además, es miembro del panel de expertos para la selección e inclusión de medicamentos del Fondo Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud.

Correo electrónico: achaves@ccss.sa.cr

Número de Teléfono: (506) 2539-1072

Escazú, San José, Costa Rica

Gina Magnolia Riaño Barón



Se ha desempeñado como ministra de Trabajo y Seguridad Social de Colombia (1999-2000) y ministra de Salud encargada. Presidenta del Consejo Directivo del Instituto de Seguro Social, directora general de la Caja Nacional de Previsión

Social, directora y secretaria general del Instituto Nacional de Transporte y Tránsito (Intra). Se ha desempeñado también como jueza de la República y personera municipal. Nació en Tunja, Colombia, el 5 de mayo de 1964, está casada y es madre de dos hijos. Licenciada en derecho. Abogada y especialista en seguridad social de la Universidad Externado de Colombia, máster en dirección y gestión de los sistemas de seguridad social y en dirección y gestión de bienestar y servicios sociales de la Universidad de Alcalá y la OISS. Especialista en derecho administrativo de la Universidad del Rosario. Realizó estudios de cooperativismo en Tel Aviv (Israel). Diplomada del Programa de Alta Gerencia de la Universidad de los Andes.

Es docente e investigadora, ha ejercido como profesora de posgrado en las universidades Javeriana, Nacional, Externado, Santo Tomás, CES de Medellín, UNAB de Bucaramanga, Norte de Barranquilla y Francisco de Vitoria de España. Como investigadora ha dirigido y participado en diversas investigaciones y estudios sobre políticas públicas y desempeño de los sistemas de seguridad y protección social de la región. Presidió en varias oportunidades la delegación de Colombia ante la Conferencia Internacional de la OIT en Ginebra, Suiza. Participó activamente en la Conferencia Internacional del Trabajo en la que se aprobó el Convenio de Protección a la Maternidad, 2000 (183). Ha participado como autora o coautora de diversas iniciativas legislativas en Colombia, como la ley que creó el Sistema General de Seguridad Social, la ley de protección a las madres comunitarias, la ley aprobatoria del Código Iberoamericano de Seguridad Social, la ley que crea el Fondo de Pensiones del Nivel Territorial y leyes de reforma al sistema de salud, pensiones, riesgos laborales y protección social en general; así como las leyes que modificaron el Código Sustantivo del Trabajo y el Código de Procedimiento Laboral y de Seguridad Social de Colombia. Ha promovido activamente el conocimiento de la seguridad social a través de la creación de las primeras especializaciones y maestrías de

seguridad social y gerencia de la protección social en universidades colombianas. Es integrante del Colegio de Abogados del Trabajo y la Seguridad Social y fundadora de la Asociación de Profesionales Especialistas en Seguridad Social (Apess) (2002). Se ha desempeñado como directora de la delegación de la OISS en Colombia. Bajo su iniciativa e impulso se creó el Observatorio de Envejecimiento y Vejez OEV de Colombia y el Observatorio Iberoamericano de Órganos Reguladores y de Control del Sector Salud. Ha asesorado a la Comunidad Andina de Naciones (CAN) en políticas sociales y colaboró en la negociación de la decisión 583 Instrumento Andino de Seguridad Social. Ha sido conjuce del Consejo de Estado por siete años y seleccionada por ese tribunal para conformar la lista de juristas elegibles a la Corte Constitucional de Colombia. De 2006 a 2014 se desempeñó como integrante de la Junta Nacional de Acreditación en Salud del Sistema Único de Garantía de la Calidad en Salud Icontec.

Ha escrito artículos y ensayos que fueron publicados en revistas especializadas y ha participado en obras colectivas sobre temas laborales, de seguridad y protección social y, en general, sobre políticas sociales; ha dirigido estudios e investigaciones sobre temas de desarrollo social.

El 1.º de febrero de 2014 asumió como secretaria general de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, organismo en el que se desempeñó como directora del Centro Regional del Área Andina. Correos electrónicos:

sec.general@oiss.org
gina.riano@oiss.org

Robert Picado Mora



Es ingeniero en informática con grado de bachillerato, de la Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia. Obtuvo la licenciatura en ingeniería de sistemas informáticos de la Universidad Latina de Costa Rica, San

José y un magíster en administración de la tecnología de la información con mención en administración de proyectos informáticos de la Universidad Nacional de Costa Rica, Heredia.

Experiencia laboral: desde el 2015 es director de Tecnologías de Información y Comunicaciones, CCSS. En la CCSS ha desempeñado diversas funciones desde 1992: jefatura del Área Gestión Informática Gerencia Pensiones, director de Administración de Pensiones (cuatro meses de la intervención de la Gerencia de Pensiones), jefe del Área Gestión Informática Gerencia Pensiones. En el periodo 2005-2006 laboró en Infrastructure Support de Intel: GSM Group, San José.

Entre sus actividades profesionales destacan: diseño del modelo de gobierno y gestión de las TIC a nivel institucional (2015-actualidad; planeación, diseño y administración de proyectos en la Gerencia de Pensiones; el proyecto de migración y monitoreo de servicios tic en Intel y planeación y gestión de la infraestructura tecnológica institucional.

Correo electrónico: robert_picado@yahoo.com

Jaime Barrantes Espinoza



Es economista. Graduado de licenciatura (1995) y bachillerato (1990) en economía. Universidad de Costa Rica. Tiene un máster en gestión y dirección de los sistemas de seguridad social de la Organización Iberoamericana de

Seguridad Social - Universidad de Alcalá, España (2002).

En la actualidad se desempeña como gerente de pensiones de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Otras experiencias laborales: jefe del Área Administración del Riesgo (2013-2014) y director de Administración de Pensiones (2008-2012)

Correo electrónico: jbarrantes@ccss.sa.cr

Fabio Durán Valverde



Economista con veinticinco años trabajando en temas de seguridad social. Investigador y consultor internacional para varios organismos internacionales; ha desarrollado proyectos en América Latina, África y Europa.

Experiencia internacional en temas de actuaría y financiamiento de la seguridad social, pensiones, economía de la salud, gasto social, empleo y pobreza. Exfuncionario de la Caja Costarricense de Seguro Social, durante trece años, donde ocupó la posición de director Actuarial y de Planificación Económica. Exprofesor universitario en Costa Rica. Conferencista internacional. Miembro de la Asociación Española de Economía de la Salud. Tiene publicaciones especializadas en temas de seguridad social, economía informal, actuaría y financiamiento de sistemas de pensiones y salud, pobreza, gasto social y gestión de sistemas y seguros de salud.

Actualmente ocupa la posición de economista senior de la protección social, en el Departamento de Protección Social de la OIT en Ginebra, Suiza.

Correo electrónico: duranf@ilo.org

Ana Rodríguez Allen



Grado: Doctor

Philosophiae -
catedrática

Principales tópicos de enseñanza

Filosofía e historia
de la ciencia
(biomedicina
occidental y oriental)
Epistemología y
lógica
Ética aplicada
(bioética e historia)

Formación académica

Ph. D. Universidad de Costa Rica, 2006

Tesis: Ética de la distribución de recursos en el marco
de la reforma del *sectors Salud en Costa Rica*

Experiencias laborales

Universidad Nacional de Costa Rica

Universidad de Costa Rica

Fondo de Población de Naciones Unidas para el
Desarrollo

Instituto Latinoamericano del Delito (Ilanud)

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
(PNUD)

Organización Internacional para las Migraciones (OIM)

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el
Delito (UNODC)

Actividades de carácter profesional

2014 Consultora para las Naciones Unidas contra la
droga y el delito, UNODC.

2014 Consultora para la Organización Internacional
para las Migraciones, OIM.

2013 Colaboradora para la incorporación de
consideraciones bioéticas en la formulación de los
lineamientos generales para la recuperación del
desarrollo humano sostenible, de United Nations
Development Programme, Bureau For Crisis
Prevention and Recovery, NYC-USA.

2013 Representante para Costa Rica de la Fundación
Europea de Medicina Tradicional China.

2013 Miembro de la Asociación Latinoamericana de
Filosofía Analítica (Alfan).

2010 Miembro de la Sociedad de Trasplante de
América Latina y el Caribe (Stalyc).

2010-2009 Miembro permanente del Consejo
Nacional de Investigación en Salud (Conis), Ministerio
de Salud, 2009, 2010.

2006 - 2014. Directora de la maestría interuniversitaria
en bioética UNA-UCR.

* Miembro del Comité Ético Científico de la UNA
(2004-2005-2006, 2007, 2008).

* Asesora *ad honorem* del Consejo Nacional de
Investigación en Salud (Conis) del Ministerio de Salud
(2006-2005-2004).

* Miembro del primer Comité de Bioética

Institucional, Caja Costarricense de Seguro Social
(1998-1996).

Publicaciones recientes

- Rodríguez-Allen, Ana y Arenas, Paz. 2014. *Evaluación
de las vulnerabilidades de delitos relacionados con la
donación y trasplante de órganos, tejidos y fluidos en
América Central*. San José: Fondo de la OIM para el
Desarrollo.

- Rodríguez-Allen, Ana. 2013. *Privatización de la salud
pública en Costa Rica y América Latina*. Heredia, Costa
Rica: EUNA.

- Arenas, Angeles y Rodríguez-Allen, Ana. 2013. *A
Guide on Livelihood and economic recovery in Crisis
situations*. Chapter 14. New York, N.Y., USA: UNDP,
Ones United Nations Plaza.

- Gifford, Fred y Rodríguez-Allen, Ana. 2012. *Bioethics
Around the Globe*. En: Myser, Cat (editor). *Bioethics
in Costa Rica: Origins and Challenges*. Oxford
University Press.

- Rodríguez-Allen, Ana. 2011. *Trasplante de órganos e
imaginación*. En: *Praxis*, 66, Heredia, Costa Rica.

- Rodríguez-Allen, Ana. 2010. *Ética y políticas de salud
en Costa Rica*. En: *Praxis*, 64-65, Heredia, Costa Rica.

Correo electrónico: reneallen@hotmail.com

Dinorah Garro Herrera



Ingeniería
industrial graduada
de bachiller y
licenciatura en la
Universidad de Costa
Rica (UCR), San José.
Realizó una maestría
en economía y
gestión de la salud,
en la Universidad
Politécnica de
Valencia, España
(2005). Especialista

universitaria en economía y gestión de la salud,
Universidad Politécnica de Valencia, España (2004).
Desde octubre 2011 se desempeña como gerente de
Logística de la Caja Costarricense de Seguro Social.

**Ha desempeñado diversas funciones en la Caja
Costarricense de Seguro Social:** asistente, en
la Sección de Cirugía, hospital San Juan de Dios,
asesora de Presidencia Ejecutiva y Gerencia Médica,
interventora de la Dirección Administrativa y
Financiera, hospital México, directora Financiera
Administrativa ai hospital México; interventora de la
Dirección Administrativa y Financiera, hospital San
Juan de Dios y directora Financiera Administrativa ai
hospital San Juan de Dios e interventora Gerencia de
Pensiones.

Correo electrónico: dgarro@ccss.sa.cr

Julia Li Vargas



Formación académica

Economista y administradora de empresas de la Universidad de Costa Rica.
Contadora pública autorizada
Doctorado en ciencias económicas
Doctorado en

estudios de la sociedad y la cultura

Experiencia laboral

25 años laborando para la CCSS en diferentes instancias en las gerencias Financiera, Médica, de Infraestructura y Tecnologías y en la Dirección de Planificación Institucional. Actualmente directora del Proyecto de Reestructuración Organizacional y Funcional del Nivel Central

15 años de experiencia en planificación de servicios de salud y evaluación de tecnologías clínicas, con la realización de múltiples estudios sobre la incorporación de nuevas tecnologías (red de servicios para la detección temprana de cáncer de mama, digitalización de imágenes clínicas, establecimiento de un banco de células madre de cordón umbilical, neuronavegación para la intervención de patologías cerebrales, entre otros)

Experiencia docente

20 años como docente de la Universidad de Costa Rica y de la Universidad Estatal a Distancia, en las áreas de micro y macroeconomía, análisis del entorno de las empresas, investigación científica y análisis de los seguros sociales.

Actualmente directora de la Maestría en Administración de Negocios de la Universidad Estatal a Distancia.

Publicaciones

2003. *Efectos de la normativa de la OMC y el Adpic en el mercado de medicamentos de Costa Rica*. Tesis doctoral.

2005. *Planificación en los servicios de salud*. Costa Rica: CCSS, Universidad de Costa Rica; Ednasss.

2005. *La CCSS ante el siglo XXI: el desarrollo humano, la salud y los retos del entorno*. Coautora en: Zamora, C. *Aportes a la seguridad social*. Costa Rica: Ednasss.

1997. *Planificación estratégica*. Coautora Costa Rica: CCSS, Universidad de Costa Rica, Ednasss.

Correo electrónico: jlee@ccss.sa.cr

Henriette Raventós Vorts



Docente de la Escuela de Biología, se graduó de medicina en 1986 de la Universidad de Costa Rica, con el mejor promedio de la graduación y del área de la salud. Continuó sus estudios de posgrado con una

maestría en bioquímica en la UCR y un posdoctorado en genética humana en la Universidad de California en Berkeley, donde trabajó con el Dr. Pedro León y con Mary Claire King, en la identificación del primer gen causante de una sordera no-sindrómica. Desde 1996 dirige un grupo de investigación en el Centro de Investigación de Biología Celular y Molecular de la Universidad de Costa Rica, que busca encontrar genes de susceptibilidad para enfermedades neuropsiquiátricas, como la enfermedad bipolar, la esquizofrenia, la migraña y la demencia de Alzheimer. Los resultados de estas investigaciones han sido publicados en más de 50 artículos en revistas científicas. Ha sido invitada como expositora en congresos y cursos en Estados Unidos, México, Brasil, Venezuela, Panamá, China, Jordania, India e Italia. Además de sus cursos e investigaciones, participa como experta en varios foros y organizaciones nacionales e internacionales, para evaluar propuestas de investigación y artículos científicos, definir políticas de salud, revisar proyectos de ley y asesorar a entes nacionales e internacionales en temas científicos, de salud y de derechos humanos. Desde el 2015 es miembro de número de la Academia Nacional de Ciencias de Costa Rica.

Correo electrónico: henriette.raventos@ucr.ac.cr

Gabriela Chavarría Soley



Es profesora asociada de la Escuela de Biología de la Universidad de Costa Rica (UCR). Se graduó de bachillerato y maestría en biología en la UCR. Su doctorado, durante el cual trabajó en el tema de genética del glaucoma, lo obtuvo de la Universidad

de Erlangen-Nuremberg de Alemania. Desde el 2008 es profesora de la Escuela de Biología e imparte los cursos Genética general, Epidemiología genética, Genética molecular y Epigenética, entre otros. Actualmente es la coordinadora de la Sección de Genética de la Escuela de Biología. Su área de interés es el estudio de la base genética de rasgos (como el oído absoluto) y enfermedades en humanos. Desde el 2013 colabora con el grupo de investigación en psiquiatría genética liderado por la Dra. Henriette Raventós, del Centro de Investigación en Biología Celular y Molecular. En el área de acción social, es la coordinadora por parte de la UCR de un proyecto entre tres universidades para la organización de las Olimpiadas Costarricenses de Ciencias Biológicas, a nivel de colegio.

Javier Contreras Rojas



Médico especialista en psiquiatría graduado en la Universidad de Costa Rica. Cuenta con un *fellowship* en investigación en psiquiatría genética en la Universidad de Texas, USA (2005-2008). Desde su regreso a Costa Rica se incorporó al grupo

de investigación de psiquiatría de los trastornos psiquiátricos en el grupo de investigación liderado por la Dra. Henriette Raventós en la Universidad de Costa Rica. El Dr. Javier Contreras Rojas también desempeña labores docentes en calidad de profesor interino de la Universidad de Costa Rica. Ha recibido premios nacionales e internacionales por sus investigaciones en psiquiatría genética. Algunas otras actividades académicas que desarrolla, son las siguientes: expositor en múltiples congresos nacionales e internacionales; revisor de revistas científicas nacionales e internacionales; miembro del comité de expertos de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (APAL), para la elaboración de guías internacionales para el diagnóstico y tratamiento de los trastornos afectivos; asesor científico *ad honorem* del Ministerio de Salud durante el período 2011-2015, en el que se elaboró la primera Política Nacional de Salud Mental; exsecretario de la Asociación Costarricense de Psiquiatría y actual miembro del comité académico de dicha asociación; miembro de la Academia Nacional de Medicina (2012-2015). Sus actividades de acción social incluyen: charlas a pacientes y familiares sobre temas de psicoeducación, actividades de capacitación en instituciones sobre salud mental (por ejemplo, la Defensoría de los Habitantes, la Escuela Nacional de Policía y el Instituto de Acueductos y Alcantarillados). El doctor Contreras es cofundador y actual presidente de la Fundación Costarricense de Trastorno Bipolar.

Rodrigo Alberto Carazo Zeledón



Doctor en ciencias políticas (Universidad de Ginebra, Suiza); abogado, notario público, licenciado en ciencias económicas con especialidad en administración de negocios (Universidad de Costa Rica); contador

público autorizado.

Empresario y profesional liberal independiente.

Consultor de entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales. Profesor en las universidades de Costa Rica, Nacional, para la Paz y en el Instituto de Servicio Exterior; y en universidades de los Estados Unidos.

Primer defensor de los Habitantes de Costa Rica: 1993-1997; diputado de la Asamblea Legislativa: 2002-2006.

Casado, padre de 4 hijas y abuelo de 11 nietos.

Ileana Vargas Umaña



Licenciatura en medicina y cirugía, Universidad de Costa Rica.

Maestría en ciencias en servicios de salud, énfasis en investigación.

Escuela de Salud Pública, Universidad de California (UCLA), EE.UU.

Maestría profesional

en psicopedagogía. Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica.

Profesora catedrática de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR). Docente tanto de cursos de grado, como de posgrado en diferentes temáticas de la salud pública: investigación, servicios de salud, salud comunitaria, promoción de la salud, entre otros.

Investigación

Evaluación del tiempo de espera en la clínica de Coopesalud, Pavas. Servicios de laboratorio, farmacia,

consulta externa y emergencias. Investigadora principal.

Indicadores de evaluación de servicios de salud en el nivel local. Investigadora principal.

Referencias médicas en Costa Rica, curso de gestión local de salud. Programa de atención integral a los cantones de Montes de Oca y Curridabat de la UCR. Investigadora asociada.

Diagnóstico de los servicios de detección oportuna del cáncer cérvico uterino, hipertensión arterial, diabetes mellitus, tuberculosis, violencia intrafamiliar e información general sobre aspectos de salud, en 62 Ebáis con alta afluencia de población migrante, 2001. Consultoría OPS. Investigadora principal.

Caracterización de la población policonsultante en dos núcleos del área de salud de Curridabat, 2004.

Investigadora principal.

Programa integral para la persona adulta mayor de la Universidad de Costa Rica: la integración de sus participantes a los cursos regulares de la Universidad de Costa Rica. I semestre, 2006. Investigadora principal.

Publicaciones

Causas de referencias médicas del primer al nivel de atención a otros niveles de mayor complejidad. CCSS, 1998-99. Revista Gestión, Volumen 10, No. 2 2002. Coautora.

Continuidad en la atención o falta de recursos en el primer nivel de atención en los servicios de salud de la CCSS. Revista Gestión, Volumen 11, No.2, 2002. Coautora.

Módulos: promoción, prevención y educación para la salud. Gestión clínica para el primer nivel de atención: algunos elementos. Cáncer en Costa Rica. Publicaciones virtuales, Editorial Ednasss. CCSS. Coautora.

Análisis de la aplicación de normas de atención en enfermedades no transmisibles. Revista Gestión, Volumen 122, No.1, 2004.

Formación del recurso humano en salud pública: quince años de labor de la escuela de salud pública. Libro "La salud Pública en Costa Rica: estado actual, retos y perspectivas". Escuela de salud pública, Universidad de Costa Rica. Impresión Siedin, primera edición 2010. Págs. 19-40.

Permanencia del adulto mayor en el sistema educativo costarricense: desarrollo de habilidades para la vida. Libro "Salud de la población en Costa Rica. Relevancia de la primera década del siglo XXI". Editorial UCR. Primera edición 2015, págs. 315-33. Correo electrónico: ileana.vargas@ucr.ac.cr

Allan Bejarano Sandoval



Licenciatura en promoción de la salud, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. Título de la tesis: *Perfil de la ONG Fundacáncer del voluntariado para*

un servicio de acompañamiento en promoción de la salud dirigido a mujeres con cáncer de mama en el área de la atracción del hospital Calderón Guardia, 2013.

Capacitación intensiva en el valor público en los servicios de salud. Escuela de Negocios de la Universidad de Harvard. Beca del Instituto de Estrategia y Competitividad. 2015.

Diplomado en gestión de proyectos innovadores en salud. Incae Business School (35 créditos). 2015.

Posgrado en informática biomédica en salud global. Universidad Peruana Cayetano Heredia (34 créditos). 2014.

Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (UCR).

Coordinador de la comisión científica del tercer Congreso Latinoamericano y del Caribe de Salud Global.

Proyecto participación ciudadana y equidad: promoción de la salud y emprendurismo local en la comunidad de Puriscal. Universidad de Costa Rica y Universidad Nacional. Financiado por el Consejo Nacional de Rectores 2014 -2015.

Proyecto navegación de pacientes de cáncer de mama en las provincias de San José, Heredia, Alajuela y Cartago "Mujeres que salvan vidas" (colaborador/ asociado). Actualmente es coordinador técnico y asesor del proyecto Mujeres que Salvan Vidas, una iniciativa de navegación de pacientes con cáncer de mama de la Caja Costarricense de Seguro Social y la Universidad de Costa Rica.

Es autor de múltiples informes técnicos y capítulos de libros sobre temas de promoción de la salud, participación ciudadana y tecnologías de comunicación en salud. Además, ha participado como expositor de experiencias exitosas en promoción de la salud en Costa Rica, Perú, Chile y Estados Unidos.

Publicaciones

Bejarano Sandoval, A y otros. 2014 Capítulo 6. Herramientas TIC para acceder a la información del caso "Mujeres salvan vidas". En: *Las TIC en los retos del sector salud. Volumen #1*. Bogotá: Colombia Digital. Disponible en: <https://colombiadigital.net/herramientas/nuestras-publicaciones/sociedad-y-calidad-de-vida/item/5261-las-tic-en-los-retos-del-sector-salud.html>.

Bejarano Sandoval, A y otros. 2013. Las TIC como herramientas de acceso a la información para la promoción de la salud – Estudio de caso "Mujeres que salvan vidas", Costa Rica. En: *Las TIC en los retos del sector salud. Volumen #2* Disponible en línea: <http://Colombiadigital.net/documentos/item/5899-las-tic-en-algunos-de-los-retos-de-sector-salud-v-2.html>

Sáenz Madrigal, R. y otros. 2013. *Sistematización de la experiencia de navegación de pacientes de cáncer de mama*. Heredia: UNA. Disponible en línea: <http://kerwa.ucr.ac.cr/handle/10669/1408>.

Jaramillo, V y otros. 2016. eGovernment Initiatives and its Relationship to eHealth: The Road to Improving Health Access in the Region. En: *eHealth Conversations: Using Information Management, Dialogue, and Knowledge Exchange to Move Toward Universal Access to Health*. Washington: PAHO/WHO.

D Agostino, M. y otros 2016. Informe de eSalud en América Latina. Reflexionando en red con expertos sobre el futuro de la eSalud. Conversaciones sobre eSalud. Washington: Organización Panamericana de la Salud.

Correo electrónico: bejarano.allan@gmail.com

Manuel Emilio Montillano Vivas



Consultor estratégico en tecnologías de información y comunicaciones, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicaciones de la Gerencia Infraestructura y Tecnologías, de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS).

Estudios

Ingeniería de Sistemas. Licenciatura con Énfasis en Sistemas de Información Web. Maestría en Administración de Tecnología de la Información con énfasis en Administración de Proyectos Informáticos. Especialización en Gobierno de las Tecnologías de Información y Comunicaciones

Experiencia laboral

Director de Tecnologías de Información y Comunicaciones (2006 – 2010) en el Ministerio de Ciencia y Tecnologías
En la Caja Costarricense de Seguro Social ha laborado por 16 años. En la actualidad es director del Proyecto Sigem (Sistema de Información para la Gestión del Mantenimiento Institucional) y es director del Proyecto Firma Digital.

Es miembro del equipo director del Proyecto Gobernanza de las Tecnologías de Información y Comunicaciones de la CCSS y coordinador del Consejo Institucional de Centros de Gestión Informática.

Correos electrónicos:

mmontill@ccss.sa.cr

manuel.montillano@gmail.com

Móvil: 8327-2000

Alexánder Barquero Elizondo



Director de la Dirección de Certificadores de Firma Digital (DCFD) del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Telecomunicaciones (Micitt) y profesor de la Universidad de Costa Rica (UCR). Informático egresado de la UCR, cuenta con una

maestría en sistemas

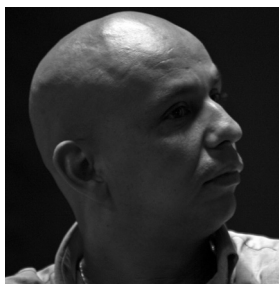
de información del Instituto Tecnológico de Costa Rica (TEC) y una maestría en administración de proyectos de la Universidad para la Cooperación Internacional (UCI). Premio Nacional de Archivística “Jose Luis Coto Conde” 2014, por su investigación en temas de formatos de documentos electrónicos.

Anteriormente se desempeñó como desarrollador, analista y administrador de proyectos en Chiquita Brands International y en el Sistema Nacional de Pagos Electrónicos (Sinpe) en el Banco Central de Costa Rica.

Tuvo a su cargo la Política de Formatos Oficiales para los Documentos Electrónicos Firmados Digitalmente y la Directriz para la Masificación de la Implementación y el Uso de la Firma Digital en el Sector Público Costarricense. Durante su dirección del Sistema Nacional de Certificación Digital (SNCD), las metas de emisión se han superado en más de 800 % y las de implementación de servicios en más de 300 %. Ha impartido charlas, participado en comisiones y asesorado en temas de gestión de la información, implementación de sistemas de información y uso de mecanismos de firma digital, a más de 250 instituciones, dentro y fuera del país.

Correo electrónico: alexander.barquero@micit.go.cr

Andrés Fernández Ramírez



Arquitecto, investigador y ensayista. Sus trabajos sobre literatura, historia del arte, diseño, arquitectura y urbanismo en Costa Rica, se han publicado en colaboración con las revistas *Áncora* (La Nación), *Su Casa*

(Grupo Nación), *Nacional de Cultura* (Euned), *Habitar* (Colegio de Arquitectos de Costa Rica), *Herencia* (UCR), *AmbienTico* (UNA) y *Pórtico* (ECR).

Sobre arquitectura histórica ha publicado los libros *Un país, tres arquitecturas. Art nouveau, Neocolonial Hispanoamericano y Art Decó en Costa Rica 1900-1950* (Editorial Tecnológica, 2003); *Barrio México Art-Decó. Un barrio josefino de 1930-1950* (separata de la revista *Herencia*, 2006); *Los muros cuentan. Crónicas sobre arquitectura histórica josefina* (Editorial Costa Rica, 2013); *Punto y contrapunto. La Plaza de la Cultura* (Museos del Banco Central de Costa Rica, 2014); *Pasado construido. Crónicas sobre arquitectura histórica josefina* (Editorial Costa Rica, 2016) y, junto a la pintora Virginia Vargas, *Imaginario. Un itinerario josefino* (Editorial Costa Rica, 2004).

Miembro de la comisión editorial y autor incluido en la selección de textos del libro *El Quijote entre nosotros* (Ministerio de Cultura y Juventud / Banco Nacional de Costa Rica, 2006); es coautor de la *Guía de Arquitectura y Paisaje de Costa Rica* (Junta de Andalucía, España / Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica, 2010) y del libro *Museos del Banco Central de Costa Rica: sus tesoros* (Museos del Banco Central de Costa Rica, 2014).

En la Escuela de Arquitectura de la Universidad Veritas, tiene a cargo las cátedras de Análisis de la herencia patrimonial e Historia de la arquitectura en Costa Rica. En el año 2015, su trabajo de investigación y divulgación del patrimonio cultural costarricense, le hizo acreedor del Premio Nacional de Gestión y Promoción Cultural (Ministerio de Cultura y Juventud). Correo electrónico: andfer1@gmail.com

María Gabriela Murillo Jenkins



Formación académica

Maestría en gestión y dirección de proyectos, Universitat Politècnica de Catalunya, Barcelona, España
Licenciatura en arquitectura, Universidad Autónoma de

Centroamérica, Costa Rica
Bachillerato en arquitectura, Universidad Autónoma de Centroamérica, Costa Rica

Experiencia

Actualmente, desde el 24 de enero de 2008, se desempeña como Gerente de Infraestructura y Tecnologías de la Caja Costarricense de Seguro Social. Desde 1991 ha ocupado diversos puestos en la CCSS: en la Gerencia División de Operaciones, directora de Arquitectura e Ingeniería, directora de Proyecto Reconstrucción Región Huetar Atlántica, contrato de préstamo con el BCIE, coordinadora de varios proyectos de clínicas en Guanacaste. También fue jefe de diseño de la Compañía Consultora Matamoros S. A. (1989-1991).

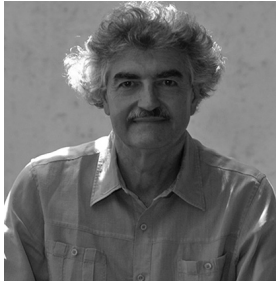
Resumen de logros: al frente de las unidades en las que se ha desempeñado como jefe, se desarrollaron distintos proyectos de diversa magnitud para el diseño y construcción de edificaciones para la salud, que suman más de 150 000 metros cuadrados de extensión, localizados a lo largo de todo el país. Formuló y puso en marcha la estrategia de administración del portafolio institucional de proyectos de inversión en infraestructura y tecnología en la Caja Costarricense de Seguro Social, como mecanismo de planificación y ordenamiento estratégico en el corto, mediano y largo plazo. Actualmente está en fase implementación un sistema EPM para la administración de proyectos y apoyo a la toma de decisiones.

Se puso en operación un plan táctico para promover y contar con un sistema de gestión de la calidad en proyectos de obras constructivas y proyectos de equipamiento y tecnologías de información y comunicaciones.

Se promovió y logró la organización por proyectos para las obras constructivas, equipamiento y TIC; a estos proyectos le fueron incorporadas las mejores prácticas según la experiencia internacional, en busca de obtener soluciones que integren las distintas tecnologías en salud.

Correo electrónico: gmurilloj@ccss.sa.cr

Bruno Stagno Levy



Es arquitecto de la Pontificia Universidad Católica de Chile; inició su práctica privada en Costa Rica en 1978. Desde el inicio centró la atención en la comunión de los edificios con la naturaleza, sintetizando tradición e

innovación.

Su trabajo incorpora los principios del regionalismo crítico en un momento en que la imagen de la globalización es la fuerza dominante. Ha desarrollado un intenso enfoque en el aprovechamiento máximo de las características climáticas de los trópicos y el uso de materiales locales, con énfasis en la biodiversidad tropical en el paisajismo.

Sus conocidos manifiestos: “arquitectura de la necesidad”, “climatizando con el clima”, “edificios pasivos para gente activa”, “una arquitectura a la luz de la sombra” y “más diseño que tecnología”; sintetizan su práctica en la arquitectura sostenible para los países del tercer mundo. Su arquitectura se ha convertido en un referente para la latitud.

Ha recibido numerosos premios y reconocimientos en todo el mundo por su obra arquitectónica; entre ellos, 9 premios en bienales en América Latina y el Premio América 2015, otorgado por el XVI SAL.

Desde 2004-2015 es miembro del jurado en los Premios Holcim para la Construcción Sostenible (Suiza). Es galardonado y *fellow* de la Fundación John Simon Guggenheim Memorial en Nueva York y galardonado y miembro de Prince Claus Fund for Culture & Development, de Holanda. Ha sido condecorado dos veces por el gobierno de Francia, que le ha otorgado el grado de Caballero de la Orden de Artes y Letras y de la Orden al Mérito. En 2012 recibió la Medalla de Oro del Colegio Federado de Ingenieros y de Arquitectos de Costa Rica. Su obra fue exhibida ante la Asamblea General de la ONU en ocasión del World Energy Day 2013 y dos veces en la Bienal de Venecia.

Bruno Stagno es también autor de 6 libros, ha dictado más de 200 conferencias y sus trabajos han sido publicados en más de 20 países de Asia, Europa y América.

Sus libros más recientes son *Ciudades tropicales sostenibles* y *Measuring up to the criteria of sustainable construction: Holcim Office building in San Jose, Costa Rica*.

Su pasión por el trópico lo llevó, en 1994, a fundar

el Instituto de Arquitectura Tropical, institución sin fines de lucro reconocida por el estado de Costa Rica y dedicado a investigar, promover y divulgar la arquitectura, el urbanismo y el paisajismo propios de la latitud tropical. Es el creador de la Norma de Arquitectura Sostenible Reset, que con la colaboración de otras instituciones, se estableció en 2012 como norma nacional.

Correo electrónico: stagno@racsa.co.cr,

Rónald Lacayo Monge



Cargos

Actualmente se desempeña como Gerente Administrativo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Tutor Cátedra de Economía de la Universidad Estatal a Distancia.

Títulos académicos

Licenciatura en

Economía, Universidad de Costa Rica.

Especialista en economía y gestión de la salud, Universidad Politécnica de Valencia.

Formación

Gestión estratégica de la innovación, ADEN International Business School.

Arquitectura empresarial, Carnegie Mellon University/ Incae.

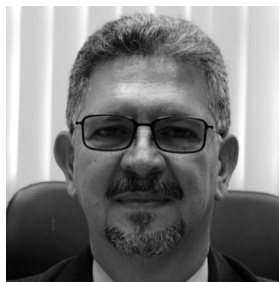
Publicaciones

Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social.

Consideraciones respecto al programa de traslado de actividades del sector público al autogestionamiento.

Correo electrónico: rlacayo@ccss.sa.cr

Mauricio Vargas Fuentes



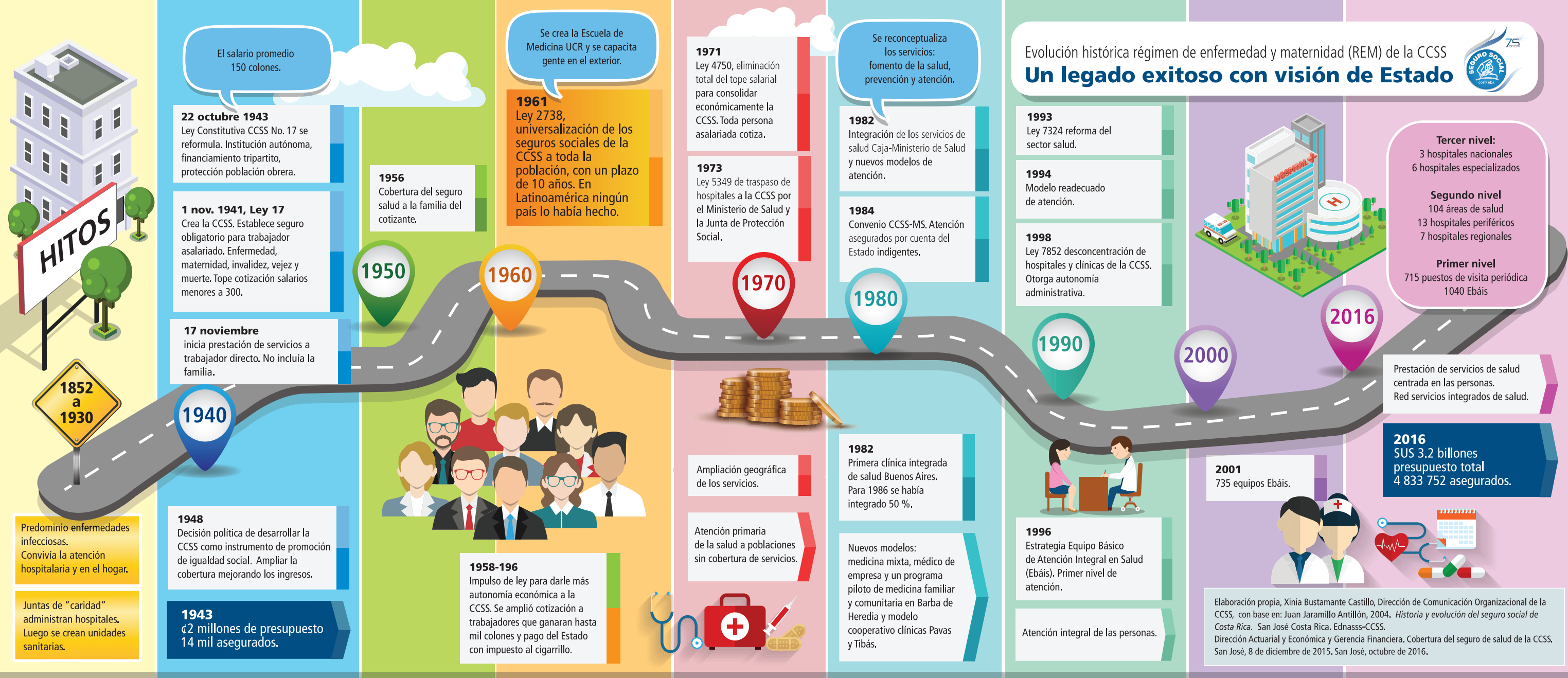
Formado en medicina y cirugía y luego en salud pública y gerencia de la salud. Durante su carrera ha servido primero como profesional en medicina en Costa Rica, luego como docente nacional

e internacional en administración y gerencia de la salud y, desde 1987, como consultor del sector salud en varios países latinoamericanos. Ha estado vinculado a la

OPS/OMS, al Banco Mundial, al BID, a la Asociación de Universidades con Programas en Administración de Salud de USA (AUPHA), al Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP) y a KPMG Consulting. Fue gerente-fundador de diversas organizaciones cooperativas de salud en Costa Rica, que iniciaron el proceso de tercerización de servicios de salud de la seguridad social. Con ellas fue cofundador de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (Ebáis). Ha publicado varios libros, artículos, documentos de gestión y otros escritos en su carrera profesional y ha impartido gran cantidad de cursos relacionados con la administración y gerencia de la salud y sistemas de salud. Como profesional y consultor, ha estado ligado y en contacto permanente con instituciones sociales, especialmente de salud y seguridad social, en el desarrollo de proyectos relacionados con planificación estratégica, gestión del cambio, procesos de desconcentración/descentralización, formas innovadoras de gestión, recursos humanos, etc. Fue viceministro de salud en el período 8/10/2010 y 21/03/2011 por renuncia al cargo. Actualmente es director de la Escuela de Salud Pública, coordina el Programa de Investigación Observatorio de los Sistemas de Salud y Seguridad Social, de la Universidad de Costa Rica, y preside la Asociación de Médicos especialistas en gerencia de la salud, economía de la salud y salud pública de Costa Rica.

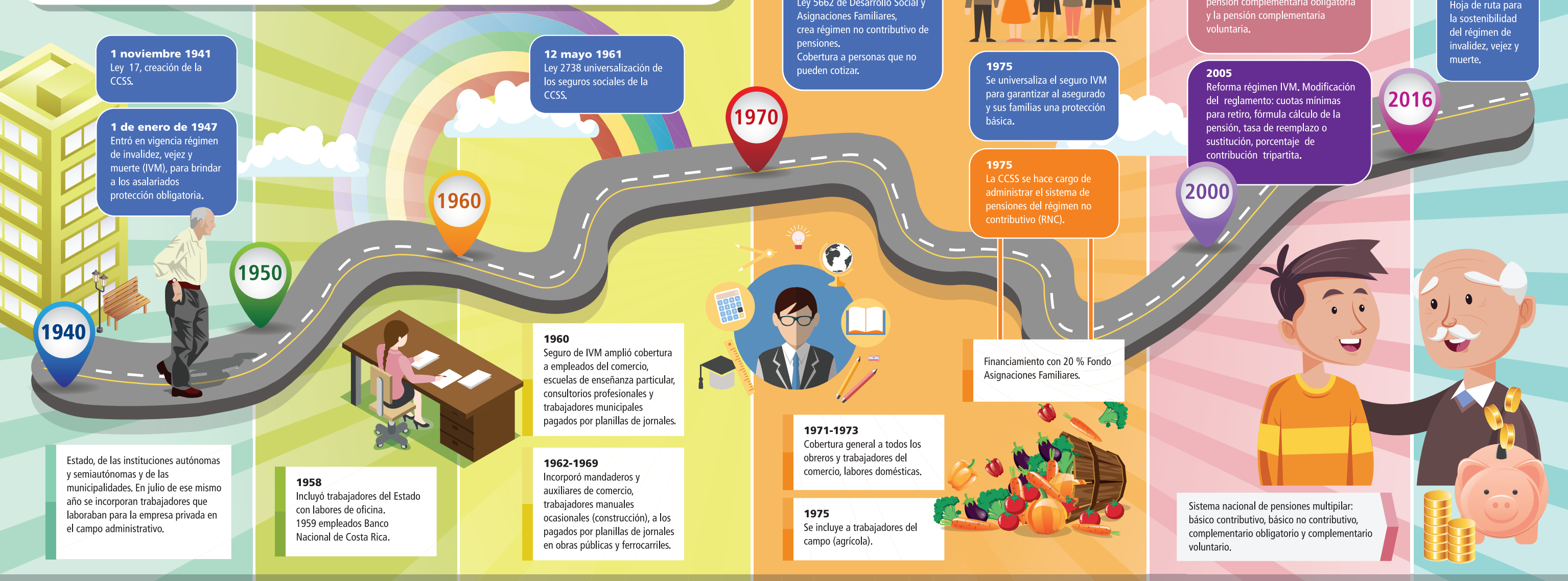
Correo electrónico: mauriciovargas@medicos.cr

Infografías



Modelos	1852-1930	1930-1941	1941-1960	1961-1979	1980-1990	1990-2015				2016
	Curativo-asistencial	Curativo-asistencial extendido (zonas periféricas)	Curativo-preventivo-segmentado	Preventivo-curativo- familiar	Preventivo-curativo-comunitario	Atención integral de las personas - promoción-prevención-curación-rehabilitación - cuidados paliativos				Continuación y digitalización de la atención
Modalidades de prestación	Hospitales administrados	Unidades sanitarias	Hospitales CCSS y	Programas salud rural	Equipos Básicos de Atención	Atención con base en niveles				Redes de servicios
	por juntas de la caridad	del Ministerio de Salud	clínicas de la CCSS	y comunitaria	Integral en Salud (Ebáis)	de complejidad				de salud
Cobertura de seguro de salud		1944 3.6 %	1950 7.4 %	1960 15.4 %	1970 47.2 %	1980 75.7 %	1990 92 %	2000 87.9 %	2010 91.9 %	2015 94.9 %
Funcionarios		Febrero 1942 12	1945 50	1978 17 mil	1982 23 mil	1993 23 580	2001 37 700	2010 48 000	2015 52 478	Octubre 2016 53 494

Evolución del régimen de invalidez, vejez y muerte de la CCSS, 1947-2016
Protección solidaria generacional para una vejez digna



Asegurados directos activos IVM	1947	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2005	2010	2015
	12 049	12 400	22 109	121 385	396 100	499 890	739 884	903 266	1 284 762	1 456 744
Cobertura IVM sobre PEA ^{1/}	nd	nd	5,91	22,96	50,84	44,57	46,03	46,76	62,62	64,18
Pensionados IVM	nd	nd	661	3 847	22 710	62 101	112 195	135 652	170 257	223 711
Pensionados Régimen No Contributivo				1975	1980	1990	2000	2005	2010	2015
				20 645	32 932	72 873	95 294	93 202	88 164	105 717

El régimen contributivo IVM de la CCSS, es el primer pilar del sistema de pensiones costarricense.

2015
1 456 744 afiliados
64.18 % cobertura
223 711 pensionados

Elaboración propia, Xinia Bustamante Castillo, Dirección de Comunicación Organizacional, CCSS, 2016, con base en: Juan Jaramillo Antillón, 2004. *Historia y evolución del seguro social de Costa Rica*. San José Costa Rica. Ednass-CCSS. Semblanza cincuentenario Caja Costarricense de Seguro Social 1941-1991. Costa Rica. 1991:45-46 Dirección Actuarial y Económica, Caja Costarricense de Seguro Social: IVM 1947-2015 y RNC 1975-2015 Informe anual del régimen no contributivo de pensiones 1980-1982 y Boletín Estadístico del RNC 1975 y 1976, 1980-1983 Gerencia de Pensiones. Sistema de pensiones costarricense: seguro de pensiones invalidez, vejez y muerte, CCSS, 2016. Nota: nd se refiere a no disponible 1/ Población económicamente activa.

Evolución histórica de la infraestructura de la Caja Costarricense de Seguro Social

La CCSS está donde la gente la necesita



1 noviembre 1941
Creación de la CCSS.

1943
El primer servicio de consulta externa de medicina general se da en un local situado en San José. Luego se amplió a Alajuela, Cartago y Heredia.

Se alquila a la Junta de Protección Social, un salón de internamiento en el hospital San Juan de Dios.

1940

1943
Por disposición del Gobierno la obra Casa de la Madre y el Niño se traslada a la CCSS. Se convierte en el primer hospital de la Caja.

Inaugurado en 1945 como el Policlínico, luego se llamó hospital Central y finalmente **hospital Rafael Ángel Calderón Guardia**.

Elaboración propia, Xinia Bustamante Castillo, Dirección de Comunicación Organizacional de la CCSS, con base en:
Mapa. Lorena Barrantes Fernández, Dirección Administración de Proyectos, Gerencia de Infraestructura y Tecnología y Gerencia Financiera.
Juan Jaramillo Antillón, 2004. *Historia y evolución del seguro social de Costa Rica*. San José Costa Rica, Ednasss-CCSS.
Carlos A. Zamora, 2005. *Aportes al desarrollo de la Seguridad Social*. San José Costa Rica, Ednasss-CCSS, 2005.
Museo Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Documento Dos años de labor Administración Calderón Guardia 1940-1942. San José, octubre 2016.



CCSS crece en infraestructura.

1960

1961
Ley 2738, universalización. Ampliación de los servicios médicos a toda la población. Requirió más recurso humano y nueva infraestructura.

1973
Ley 5349 de traspaso de hospitales a la CCSS.

1970

1962-1969
Construcción de más hospitales y clínicas en zonas urbanas y rurales. **hospital México** abrió en **septiembre de 1969**.

1974-1977
Ministerio de Salud y Junta de Protección trasladan 24 hospitales a la CCSS.

1984
El hospital de San Ramón fue el último en ser traspasado.

1980

1993
Ley 7374 reforma del sector salud.

1994
Modelo readecuado de atención.

1990

1996
Estrategia Equipo Básico de Atención Integral en Salud (Ebáis). Primer nivel de atención.

2001

95 áreas de salud
735 Ebáis

2000

2016



Red de servicios de salud

Tercer nivel	3 hospitales nacionales 6 hospitales especializados
Segundo nivel	104 sedes áreas de salud 13 hospitales periféricos 7 hospitales regionales
Primer nivel	522 sedes Ebáis 715 sedes puestos de visita periódica

2015
Cobertura de la seguridad social.
94,9 %

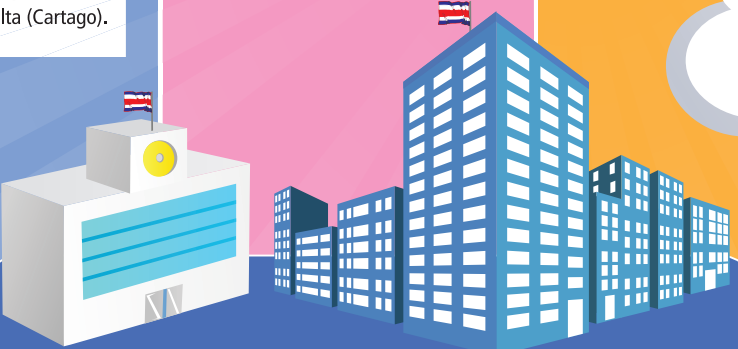


1945

Terreno de 6077 06 m²
7 600 m² de construcción.
1 edificio de 2 plantas.
Valor: ₡64 585 00

2016

1 200 000 m² de construcción.
1 500 edificios
Presupuesto de inversión en infraestructura
₡188 620 millones



Las presentes generaciones de Costa Rica disfrutamos por 75 años la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), legado de la gran reforma social de los años 40, que logramos proteger y que ahora nos toca asegurarlo.

Se plantea la importancia de renovar el pacto social que dio origen a la CCSS, para reafirmar el compromiso del Estado, patronos y trabajadores, pilares del sistema solidario de la seguridad social de nuestro país.

¿Cuáles intervenciones son necesarias para la sostenibilidad de la CCSS?, ¿Cuáles son las rutas?
¿Cómo enfrentar los nuevos desafíos en materia de servicios de salud y pensiones?

Cuarenta y un autores nacionales e internacionales plantean sus ideas, visiones y propuestas para enfrentar los desafíos de la seguridad social de cara a la CCSS centenaria.

ISBN: 978-9968-916-62-2



Dirección de Comunicación Organizacional
2016



www.ccss.sa.cr